

MASTEROPPGAVE
Psykisk helsearbeid
September 2019

Sosionomers erfaringer med arbeid i spesialisthelsetjenesten innenfor
psykisk helsevern

En kvalitativ intervjuundersøkelse

Ellen Charlotte Helseth



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Innholdsfortegnelse

FORORD	4
SAMMENDRAG	4
ABSTRACT	5
KAPITTEL 1	6
INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for interesse for temaet	6
1.2 Hensikten med prosjektet	6
1.3 Prosjektrapportens utforming	7
1.4 Forskningsspørsmål	7
1.5 Litteratursøk	7
KAPITTEL 2	7
TIDLIGERE FORSKNING	7
KAPITTEL 3	9
BAKGRUNN - PSYKISK HELSEARBEID, SOSIALFAG OG PROFESJONSTEORI	9
3.1 Psykisk helsearbeid	9
3.2 Sosialt arbeid	12
3.3 Profesjonsteori	17
KAPITTEL 4	19
VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV	19
4.1 Innledning	19
4.2 Fenomenologi	19
4.3 Hermeneutikk	19
4.4. Sosialkonstruksjonisme	20
KAPITTEL 5	21
METODE	21
5.1 Innledning	21
5.2 Semistrukturert intervju	22
5.3 Transkribering	22
5.4 Utvalg	23
5.5 Rekruttering	23
5.6 Forforståelse:	24
5.7 Analysemåte	25
5.8 Framstilling av fremgangsmåte	27
5.8.1 - Trinn 1	27
5.8.2 - Trinn 2	27
5.8.3 - Trinn 3	28
5.9 Skjematisk framstilling av hovedfunn:	29
5.10 Etliske problemområder	29
5.11 Overførbarhet:	30
KAPITTEL 6	31
HOVEDFUNN	31
6.1 Innledning	31
6.2 Utydelighet	31
6.2.1 Bredde i fokusområder:	31
6.2.2 Utformer sine roller forskjellig i samme type stilling:	32
6.2.3 Bestillinger fra andre faggrupper er ikke alltid treffsikre:	33

6.2.4 Sosionomene selv synes rollen er utydelig og vanskelig å forklare:.....	34
6.3 Brobyggere.....	35
6.3.1 Oppretter kontakt med systemene og sørger for samarbeid	36
6.3.2 Tilgang til rettigheter.....	37
6.3.3 Fokus på pårønderarbeid	37
6.4 Et ønske om tverrfaglighet og anerkjennelse.....	38
6.4.1 Helhetsperspektiv	38
6.4.2 Fokus på ressurser framfor sykdom	39
6.4.3 Ekspertfrakken på siden	40
6.4.4 Ønske om anerkjennelse og tverrfaglig perspektiv	41
KAPITTEL 7.....	43
DRØFTING AV RESULTATER	43
7.1 Innledning	43
7.1.1 Medisinsk perspektiv versus kontekstuellt perspektiv	43
7.1.2 Spesialistkunnskap versus generalistkunnskap.....	44
7.1.3 Vitenskapelig basert kunnskap og praksiskunnskap	47
7.1.4 Hvorfor erfarer sosionomene lav status i spesialisthelsetjenesten?.....	50
KAPITTEL 8.....	53
KONKLUSJON.....	53
8.1 Videre anbefalinger.....	53
LITTERATUR.....	54
VEDLEGG	57
VEDLEGG 1 – GODKJENNING FRA NSD	57
VEDLEGG 2 – INFORMERT SAMTYKKE	61
VEDLEGG 3 - INTERVJUGUIDE	63

Forord

Jeg ønsker først og fremst å takke min veileder, førsteamanuensis Wenche Bekken, på Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for sosialfag på OsloMet, for all støtte til gjennomføring av dette prosjektet. Jeg kan ikke se at jeg hadde klart å gjennomføre uten hennes veiledning, tålmodighet og faglige dyktighet. Videre vil jeg takke de åtte sosionomene som har stilt opp og delt av sin tid og sine erfaringer med meg. Uten dere ville dette prosjektet ikke vært mulig. Jeg vil takke min arbeidsgiver, Nedre Romerike DPS, Akershus Universitetssykehus, for fleksibilitet i forhold til at både arbeidstid og kapasitet har gått med til gjennomføringen av prosjektet. Jeg vil takke familie og venner for støtte og tålmodighet, spesielt min mann Tore og min sønn Bjørn Mathias. Jeg gleder meg til mer fritid til å kunne være sammen med dere framover. Til slutt vil jeg si at jeg er takknemlig for muligheten til å ta høyere utdanning i godt voksen alder. Mastergraden i psykisk helsearbeid har vært en strabasiøs og berikende reise, som har vart over flere år, og som endelig er fullført med denne prosjektrapporten.

Sammendrag

Jeg har i denne studien gjennomført åtte kvalitative semistrukturerte intervjuer med sosionomer om deres erfaringer med arbeid i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Jeg har deretter foretatt en tematisk analyse av materialet. Sosionomene gjør en viktig jobb med å hjelpe pasienter i deres kontekst, med ting som er vanskelige i livet utover psykisk lidelse, og som står i veien for bedring. De jobber ut fra en bred kunnskapsbase, som består av både vitenskapelig kunnskap og praksisbasert erfaringskunnskap. Likevel oppnår de ikke anerkjennelse for sitt faglige perspektiv. Sosionomene erfarer at deres rolle er lite forstått og vanskelig å artikulere overfor pasienter og andre faggrupper. Deres rolle framstår som utydelig, og de opplever lav status i spesialisthelsetjenesten. Dette kan ha en sammenheng med at de jobber innenfor et system som er preget av sterke profesjoner med tradisjon for vitenskapelig basert spesialistkunnskap uttrykt i et ekspertspråk. Forskning som kan belyse kunnskapsgrunnlaget og bidra til utvikling av begreper som oppleves treffende for profesjonsutøverne, kan tydeliggjøre sosialt arbeid som fag, og ved det øke fagets anerkjennelse. Sosionomer jobber ofte alene som sosialfaglig profesjon i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Det er å anbefale å skape faglige fellesskap på tvers av avdelinger, der refleksiv veiledning, gjerne knyttet opp mot vitenskapelig teori, kan bidra til at sosionomene kan tydeliggjøre og artikulere eget kunnskapsgrunnlag.

Abstract

In this study, I have conducted eight qualitative semi-structured interviews with social workers about their experiences with working in the specialist mental health care system. I have performed a thematic analysis of the material. The social workers do an important job in helping patients in their context with things that are difficult in life apart from mental health problems, problems that may stand in the way of recovery. They perform their work based on a broad knowledgebase, consisting of both research-based knowledge and knowledge based on practical experience. Still, they do not gain recognition for their professional perspective. The social workers experience that their role is poorly understood and difficult to articulate to patients and other professionals in the field. Their role appears indistinct and they experience low status in the specialist mental health care system. A reason for this can be that they are working in a system that is characterized by strong professions based on a tradition of evidence-based specialist-knowledge, often expressed in expert-language. Research which can enlighten the knowledgebase of social work and develop concepts that the professionals can relate to, can contribute to clarify social work and by that strengthen the recognition of the profession. Social workers often work alone with other professions within the specialist mental health care system, and I recommend that they form arenas for professional communities across departments. Reflexive supervision connected with research-based knowledge can contribute to help social workers clarify and articulate their own knowledgebase.

Kapittel 1

Innledning

1.1 Bakgrunn for interesse for temaet

Sosionomer gjør en viktig jobb i psykisk helsevern. Psykiske helseproblemer rammer ikke sosialt tilfeldig, og sosionomer er opptatt av hvordan levekår påvirker livskvalitet og helse. Mange pasienter blir henvist på bakgrunn av komplekse problemer, og sosionomers kontekstuelle perspektiv og fokus på forebyggende arbeid, gjør dem i stand til å hjelpe til med ting i livet som er vanskelig utover psykisk lidelse. Sosionomene har en stor bredde i fokusområder, og hjelper pasienten i sin kontekst, ved å sørge for dialog med viktige personer i omgivelsene. Det kan være med folk i hjelpeapparatet, familie, eller andre som er viktige for pasienten. Sosionomene er opptatt av ressurser og mestring, og sørger for at menneskers rettigheter i velferdssystemene er ivaretatt. Dette kan bidra til bedre levekår, og mer kontroll i eget liv. Det å hjelpe til med bekymringer som står i veien for å få det bedre, kan hjelpe pasienten til en raskere bedring, som også er mer varig. Sosionomer er opptatt av å møte mennesker på deres egne premisser, med ydmykhet og likeverdig dialog, ikke som en ekspert på den andres liv. Dette bidrar til å løfte fram pasienter og pårørendes egen erfaringskunnskap og perspektiv på hva som er vanskelig og hva som kan være til hjelp.

Interessen for å undersøke sosionomers erfaringer innenfor spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern oppsto da jeg selv begynte å jobbe som sosionom i spesialisthelsetjenesten. Selv om jeg hadde mange års erfaring fra sosialt arbeid i ulike kontekster, opplevde jeg en utydelighet i egen rolle. Jeg oppdaget at jeg ikke kunne ta for gitt at oppgaver jeg fikk fra andre faggrupper var i tråd med det jeg selv oppfatter som sosialt arbeids kunnskapsfelt eller verdigrunnlag. Arbeidet med dette prosjektet har tydeliggjort for meg at det jeg kjente på i starten, var en opplevelse jeg deler med andre, og har motivert meg til å undersøke nærmere sosionomers erfaringer med arbeid i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern.

1.2 Hensikten med prosjektet

Hensikten med prosjektet er å tydeliggjøre sosialt arbeids bidrag i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Det er et mål å løfte fram hvordan sosionomer bidrar til pasienters bedring ved sitt helhetlige perspektiv, fokus på ressurser og mestring, mål om likeverdighet i relasjon og dialogisk praksis. Det er et ønske at dette kan bidra til større anerkjennelse for dette perspektivet i spesialisthelsetjenesten, og til reell tverrfaglighet, noe som kan komme pasienter og pårørende til gode ved at en kontekstuell tilnærming realiseres. Dette er ønsket av brukerorganisasjonene og myndighetene, og var det som var bakgrunnen for opprettelsen av faget psykisk helsearbeid.

1.3 Prosjektrapportens utforming

Jeg starter selve prosjektrapporten med en framstilling av tidligere forskning av sosialt arbeid innenfor psykisk helsefeltet. Deretter går jeg over til å gjøre rede for teori knyttet til psykisk helsearbeid og sosialt arbeid, i tillegg til profesjonsteori, før jeg gir en kort framstilling av vitenskapsteoretisk perspektiv for prosjektet.

I metodedelen beskriver jeg hvordan jeg har kommet fram til resultatene, gjennom kvalitative semistrukturerte intervjuer med åtte sosionomer som har erfaring fra arbeid i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern, og tematisk analyse av materialet.

Deretter kommer en presentasjon av det som har blitt stående som hovedfunn, med eksempler fra empirien. Til slutt har jeg valgt å drøfte resultatene opp mot teori fra psykisk helsearbeid, sosialt arbeid og profesjonsteori.

1.4 Forskningsspørsmål

Hvordan erfarer sosionomer å jobbe i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern?

- Hvordan beskriver de sine arbeidsoppgaver?
- Hva beskriver de som utfordringer i dette arbeidet?

1.5 Litteratursøk

Jeg har søkt etter litteratur i Academic Search Premier, CINAHL, Medline og Oria. Jeg har brukt søkeordene «the role of social worker(s) in mental health work» og «sosialt arbeid i psykisk helse(vern)». Jeg har også funnet to artikler på nettsiden til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, i tillegg til at jeg har gått gjennom Tidsskrift for psykisk helsearbeid og Fontene forskning for de siste fem årene.

Kapittel 2

Tidligere forskning

I 1987 intervjuet Anne Lise Sverdrup (2007) 26 sosionomer i psykiatriske sykehus. Hun fant at det eksisterte et kjerneområde som alle hadde oppgaver innenfor. Videre fant hun at sosionomene kunne deles inn i tre ulike profiler, ut fra hvilke oppgaver de hadde utenom kjerneområdet. Den første, rettighetsprofilen, hadde ingen oppgaver utenom kjerneområdet, men perfektionerte seg i dette. Den andre profilen hun beskriver, er behandlingsprofilen. Sosionomene i denne gruppen hadde behandlingsansvar. Sverdrup skriver at den største gruppen av sosionomer i hennes materiale befant seg i gruppen behandlingsprofil. Den siste gruppen kaller hun lokalmiljøprofilen. Sosionomene med denne profilen var opptatt av lokalmiljøet som pasienten hørte hjemme i, og skulle skrives ut til. Deres fokus var forankret i ettervern og samarbeid med førstelinjetjenesten.

Sosionomene i psykiatrien opplevde arbeidet som meningsfullt, men strevde med sin identitet og rolle, som av noen ble opplevd som uklare.

I England har Bailey og Liyanage (2012) utført en etnografisk studie, med deltakende observasjon i teammøter, samt intervjuet sosialarbeidere, andre faggrupper og brukere av psykisk helseteam. De har vært spesielt opptatt av hvordan sosialarbeideres rolle i psykiske helseteam blir forstått, både av dem selv, andre faggrupper og brukere av tjenestene. Alle respondentene mente at det er viktig at helse- og sosiale tjenester blir integrert, men at det samtidig er viktig at faggruppene får bevare sitt særpreg. Videre har Bailey og Liyanage funnet at sosialarbeidere i psykisk helsefeltet opplever stigma og redusert status når de jobber sammen med andre faggrupper, og at helsefagperspektivet dominerer. Dette gir en opplevelse av maktesløshet, og forfatterne skriver at det er vanskelig å se hvordan sosialarbeiderne skal jobbe for myndiggjøring, når de selv er i en slik posisjon av underlegenhet og maktesløshet. Sosialarbeiderne i materialet uttrykte et ønske om mer tilhørighet til egen organisasjon og faggruppe, ikke kun helsefag. Sosialarbeidernes bidrag er en mer helhetlig måte å jobbe på, som fokuserer på livskvalitet og deltakelse, som er viktig i tillegg til behandling av symptomer.

Rushton og Beaumont (2002) skriver at sosialarbeidere spiller en viktig rolle i flerfaglige team innenfor psykisk helse i England. De inkluderer den sosiale konteksten som pasientene lever i, også rase, kjønn og seksuell orientering. Det at sosialarbeidere gjerne jobber med mennesker som er marginaliserte, gjør at deres rolle er lite kjent eller forstått. Det er lite forskning om sosialt arbeid i psykisk helsefeltet. Det er også komplekse fenomener å studere. Forfatterne skriver at det å vite om en psykososial intervensjon har hatt effekt er et enormt forskningsspørsmål. De mener også at de andre profesjonene har mer forskningsevidens, og at sosialarbeiderne bør forske på egen praksis og våge å bruke forskning og referere til forskningsevidens.

Lisa Morriss (2017) har ved 13 dialogiske narrative intervjuer undersøkt hvordan engelske sosialarbeidere opplever å bli skilt fra sosialtjenesten og plassert i psykisk helseteam i England, gjerne som den eneste eller en av to sosialarbeidere i et team med kolleger med helsefaglig bakgrunn. Hun har funnet at sosialarbeiderne sliter med å tydeliggjøre deres rolle og strever med å sette ord på, og definere sosialt arbeid. I psykisk helseteamene framsto sosialt arbeid som udefinert, noe som beveger seg i overganger, i grenseland og mest utfyller andre profesjoner. Sosialarbeiderne hun har intervjuet setter sin egen sosiale helhetsforståelse opp som en kontrast til det medisinske perspektivet.

I Canada har O'Brien (2010) gjennomført en spørreundersøkelse med 339 respondenter blant sosialarbeidere som jobber innenfor psykisk helsefeltet i Ontario. Hun finner at sosialarbeiderne mener at de er viktige innenfor psykisk helsefeltet. Mange har videreutdanning på masternivå. Likevel jobber de «i skyggen» av andre profesjoner på feltet. Noe hun peker på, er at de fleste profesjoner har visse oppgaver som kun de kan utføre. Slik kommer sosialarbeiderne i en posisjon der de kun gjør de oppgavene som alle kan utføre, noe som fører til at de ikke blir verdsatt. Hun skriver videre at sosialarbeiderne også har problemer med å sette grenser

i forhold til hvilke oppgaver de ikke gjør, de gjør «litt av alt». Hun beskriver en tvetydighet i rollen til sosialt arbeid, og at andre profesjoner mangler forståelse av sosialarbeiderens kompetanse. Hun mener det er nødvendig med mer forskning som kan tydeliggjøre sosialarbeidernes bidrag inn i psykiske helsetjenester, for at de skal «komme ut av skyggen».

I Australia skriver Bland og Renouf (2001) at psykisk helse har alltid vært i fokus for sosialarbeidere. Deres bidrag i psykisk helsevern er deres utvidede fokus. De er opptatt av hvordan menneskers sosiale omgivelser påvirker opplevelsen av psykisk lidelse. Sosialarbeidere er fokusert på temaer som diskriminering og stigma, at menneskers rettigheter blir ivaretatt og det å gjøre tjenester tilgjengelige for dem. Forfatterne viser til at evnen til å hjelpe til med praktisk støtte i forhold til viktige ting i livet blir satt stor pris på av brukerne, og er et viktig bidrag inn i tverrfaglige team. Samtidig er sosialarbeidere opptatt av hvordan sykdom påvirker viktige relasjoner, familiararbeid og hvordan sykdom kan påvirke foreldrerollen. De vektlegger sosialarbeidernes evne til samhandling, både innad i team og mellom systemer. Sosialarbeideren jobber gjerne både i teamet og på kanten av det, ut mot folks omgivelser og organisasjoner i nærmiljøet.

Gould m. fl. (2007) har gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang i tillegg til en spørreundersøkelse blant sosialarbeidere på psykisk helsefeltet i England, for å finne hvilke områder som bør prioriteres for forskning. To områder som pekte seg ut var sosiale nettverk og inkludering, samt forskning på sosiale faktorer som fremmer resiliens og recovery. De skriver at det er mangel på forskning innenfor sosialt arbeid, og spesielt lite på sosialt arbeid innenfor psykisk helse. For å få til positive forskjeller og bedre tjenester for mennesker som trenger dem, er det nødvendig med forskning på sosiale intervensjoner innenfor psykisk helsefeltet. For at faget skal bli tatt på alvor, trengs det en bedre evidensbase. Det handler om å løfte fram effekten av sosiale faktorer for psykisk helse og viktigheten av å ha oppmerksomheten rettet mot dette.

Kapittel 3

Bakgrunn - psykisk helsearbeid, sosialfag og profesjonsteori

3.1 Psykisk helsearbeid

Videreutdanningen i psykisk helsearbeid startet opp første gang i 1998, og erstattet alle tidligere videreutdanninger i psykiatri for de som hadde bachelor i for eksempel sosialt arbeid, sykepleie eller fysioterapi (Borge m. fl., 2018). Et av målene med å gjøre utdanningen tverrfaglig var å legge et godt grunnlag for samarbeid yrkesgruppene imellom, ved at de ble kjent med hverandres grunnkompetanse. Selv om faget psykisk helsearbeid er nytt, bygger det på tilnærminger fra mange fag med lange tradisjoner, som filosofi, medisin, religion, psykologi og sykepleie (Karlsson og Borg, 2013). Fordi faget låner teori og begreper fra mange andre fag, kan man si at selve faget også er tverrfaglig. Kunnskapsgrunnlaget utgjør ikke bare teori fra

andre fag, men skal være basert i både forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap (Andersen, 2018)

Videreutdanningen i psykisk helsearbeid kom som et resultat av opptrappingsplanen for psykisk helse 1998 – 2008 (Andersen, 2018). Opptrappingsplanen kom som en konsekvens av Stortingsmelding 25, 1996/1997, Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, som analyserte situasjonen for de psykiske helsetjenestene til befolkningen. Resultatet viste at pasientene ikke fikk den hjelpen eller tjenestene de trengte, verken i kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

Grunnen til dette kan ha vært at tjenestene ikke var tilstrekkelig oppbygd etter nedbygging av tidligere psykiatriske institusjoner. På 1960-tallet var det fortsatt psykiatriske sykehus som gjaldt. Flere forhold førte til nedbygging av institusjonene. Utvikling av nevroleptika, som reduserte symptomer, ga behandlingsoptimisme (Sverdrup, 2007). I 1960 ble folketrygden innført og i 1964 kom lov om sosial omsorg (Husøy, 2015). Dette ga syke mulighet til egen bolig og inntekt, noe som førte til reduksjon i institusjonsplasser. I tillegg var tiden preget av institusjonskritikk (Sverdrup, 2007).

Bakgrunnen for opptrappingsplanen var altså en erkjennelse av at det tradisjonelle medisinske perspektivet på psykisk helse ikke var nok til å møte utfordringene på feltet (Karlsson og Borg, 2013). Psykiske helseproblemer er en av Norges største helse- og samfunnsutfordringer. Myndighetene mente på 90-tallet at arbeid for å forebygge og behandle psykiske lidelser, hadde store svakheter. Tjenestene var fragmenterte, lite tilgjengelige og forankret i utdaterte kunnskapstradisjoner (Andersen, 2018). Opptrappingsplanens overordnede mål var å oppnå tilstrekkelige, sammenhengende og velfungerende tjenester på alle nivåer på psykisk helsefeltet (Husøy, 2015) Dette førte til oppbygging av kommunehelsetjenesten og distriktpsikiatriske senter, altså tilbud nære der folk bor og lever.

En del av tenkningsgrunnlaget for opptrappingsplanen var hentet internasjonalt (Hatling, 2011).

Forskningsartiklene jeg har funnet viser også til en omorganisering innenfor psykisk helsefeltet i andre land, der ideen har vært å få til en helhetlig og integrert helse- og sosialorientert praksis.

Psykisk helsearbeid som fag har mindre fokus på å utrede for diagnoser, og tar utgangspunkt i at det er pasienter og pårørendes mål, behov og forståelse som skal ligge til grunn for arbeidet (Borge m. fl. 2018). Det å vektlegge brukeres erfaringskunnskap, ledet til en erkjennelse av at ingen yrkesgruppe kunne gripe an dette komplekse feltet alene. Tverrfaglighet og samarbeid er helt avgjørende begreper i psykisk helsearbeid (Andersen, 2018).

I opptrappingsplanen kommer det fram at det medisinske perspektivet på psykisk helse ikke er tilstrekkelig for å løse problemene. Det ble nødvendig å få inn kunnskap som fokuserte mer på familie, nettverk og lokalmiljø som et tillegg til individ- og sykdomsfokus i den medisinskfaglige tradisjonen (Borge m.fl. 2018).

Myndighetene mente at psykiatrisk behandling kunne være nytteløs, dersom man ikke også fulgte opp med tiltak rettet mot personens livssituasjon (Karlsson og Borg, 2013). Det er personen i kontekst som erfarer psykisk uhelse, og opptrappingsplanen fremmet en utvidet og helhetlig forståelse av psykisk helse. Dette har bidratt til at nye kunnskapsområder og andre profesjoner enn psykologer og leger har blitt nødvendige innenfor feltet (Andersen, 2013). Det handler om å styrke kunnskapen om sosiale forhold og legge større vekt på at psykisk helse skapes gjennom hele livet mellom mennesker i deres kontekst. Regjeringens strategi for god psykisk helse handler om mestring, tilhørighet og inkludering i samfunnet og utjevning av sosiale forskjeller. Dette gjør nye kunnskapsområder og andre profesjoner helt nødvendig innenfor helsesektoren.

Psykisk helsearbeid som fag handler ikke kun om å bekjempe psykisk sykdom, men har et folkehelseperspektiv, der det å fremme helse er sentralt (Hatling, 2011). Innenfor dette perspektivet deles ikke psykisk helse inn i motsatsene syk/ frisk, men forstås i et kontinuum (Karlsson og Borg, 2013). Psykisk uhelse forstås som et menneskelig fenomen som kan ramme alle, og det er et prinsipp at hjelpere og hjelpesøkende møter hverandre som likeverdige mennesker. Folk som opplever psykiske vansker, skal bli møtt som hele mennesker med kompetanse og ressurser i tillegg til sårbarhet og problemer.

Salutogenese er et sentralt begrep i psykisk helsearbeid. Teorien vektlegger mestring og helsefremmende faktorer framfor fokus på diagnoser og hva som er sykdomsframkallende (Langeland, 2014). Begrepet stammer fra sosiologen Aron Antonovsky, som var sosiolog, og intervjuet kvinner som hadde overlevd konsentrasjonsleir. Han ble opptatt av at noen hadde god psykisk helse til tross for det de hadde vært gjennom, og ble interessert i hva det er som gjør at noen greier seg. Han fant at kvinnene som klarte seg hadde høyere grad av sense of coherence, eller opplevelse av sammenheng. Når personer blir utsatt for stress, er det flere faktorer som kan bidra til en opplevelse av sammenheng, som igjen bidrar til ulike grader av mestring og helse. Sense of coherence bestemmer hvordan vi takler stress og ikke bare opprettholder helsen, men også fremmer den. Teorien om salutogenese er opptatt av motstandsressurser som fremmer mestring, både i individet og i omgivelsene. I tillegg til mestringsstrategier som ligger i individet, handler det også om sosial støtte og deltakelse, kultur og materielle verdier (Langeland, 2014).

Et større fokus på hva som er helsefremmende, vil lede oppmerksomheten mot sosiale forhold og samfunnskapte problemer, framfor et ensidig individfokus (Andersen, 2013). Faget psykisk helsearbeid handler både om individ og samfunn, og dersom årsaken til problemene kun legges i individet, kan dette være med på å tilsløre forhold i samfunnet som er problemskapende eller opprettholdende. Det å forstå psykiske helseproblemer i den sammenhengen de oppstår, og basert på pasientens egen opplevelse av hva som er vanskelig i egen situasjon kan i tillegg bidra til å unngå at det pasienter uttrykker, sykliggjøres og defineres som et individuelt problem (Karlsson og Borg, 2013) Det kan også være med å forebygge en andre-gjøring, altså et skille mellom oss og dem (Andersen, 2013) og dermed også stigma og undertrykkelse, som O'Brien

(2010) skriver kan være vel så skadelig som psykisk lidelse i seg selv. Slik sett er dette et perspektiv som utvider normalitetsbegrepet og åpner for mer mangfold i samfunnet.

Levekårsforskning viser at personer med psykiske helseproblemer gjennomgående har dårligere levekår enn andre mennesker. Brukerorganisasjoner løfter hverdagslivets betydning for psykisk helse, der nære relasjoner, bolig, økonomi, det å ha noe meningsfullt å gjøre og delta i sosiale fellesskap bidrar til god psykisk helse (Karlsson og Borg, 2013). Fattigdom og lav inntekt kombinert med lite praktisk og emosjonell støtte kan fremkalle stress, som igjen kan føre til livskriser og framkalle psykiske lidelser (Hansen og Solem, 2017).

Opptappingsplanen la føringer for en mer utvidet og kontekstuell tilnærming til mennesker med psykiske helseproblemer (Borge m. fl., 2018) og veilederen Sammen om mestring fra Helsedirektoratet (2014) er en videreføring av opptappingsplanen. Her legges det vekt på samhandling og helhetlige, koordinerte tjenester som tar utgangspunkt i brukerens ønsker og behov. Veilederen viser et ønske om en dreining i måten å møte psykiske helseproblemer på, og retter seg både mot spesialisthelsetjenesten og kommunene. Denne tilnærmingen til psykiske helseproblemer er gjerne omtalt som recoveryorientert.

Det kan likevel virke som det innenfor spesialisthelsetjenesten fortsatt er det medisinske perspektivet som dominerer, og at psykisk helsearbeid er mer kommunalt forankret (Hatling, 2011). Der universitetsprofesjonene utgjør en stor andel av de ansatte i spesialisthelsetjenesten, er det høyskoleutdannede som står for tilbudet i kommunene (Hatling, 2011). Enkelte mener at selv om psykisk helsearbeidere har en kompetanse som etterspørres, kan de bli usynlige eller utydelige i møte med de sterke profesjonene innenfor psykisk helsevern (Borge m. fl., 2018). Det er behov for en tydeliggjøring av hva psykisk helsearbeid er. Dette kan være en utfordring idet yrkesgruppene som utdanner seg til psykisk helsearbeidere gjerne kommer fra ikke-skrivende profesjoner (Hatling, 2011). I en intervjuundersøkelse i psykososialt team i kommunen, fant Schumacher og Christiansen (2013) at det er utfordringer knyttet til anerkjennelse og legitimering av kunnskap og kompetanse for psykisk helsearbeidere, noe som spesielt kom til uttrykk i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Forskningsdeltakerne hadde et behov for å tydeliggjøre sin faglige identitet. For å få til dette er det behov for mer praksisnær vitenskapelig dokumentasjon som kan vise hva psykisk helsearbeid er, hvilke aktiviteter som inngår og hvem som får hjelp (Hatling, 2011). En tydeliggjøring kan øke statusen til faget, og få til ønskede endringer på feltet, som økt tverrfaglighet og helhetlig tilnærming. For at faget skal bli mer anerkjent må tittelen psykisk helsearbeider også være mer verdsatt enn den opprinnelige yrkestittelen (Borge m. fl. 2018).

3.2 Sosialt arbeid

Sosionomer som yrkesgruppe er gjerne knyttet til oppbyggingen av velferdsstaten på 1960-tallet. Lov om uføretrygd kom i 1960 og lov om sosial omsorg i 1966. Norsk sosialarbeiderforbund ble stiftet i 1959 og betegnelsen sosionom ble tatt i bruk første gang i 1966 (Sverdrup, 2007).

Historien bak profesjonaliseringen av faget sosialt arbeid ligger imidlertid lengre tilbake i tid. Mary Richmond og Jane Addams er to pionerer som tidlig på 1900 tallets USA skrev verk som har hatt betydning for utviklingen av faget senere. Begge var opptatt av både individ og samfunn, og jobbet for å bekjempe fattigdom, for kvinners rettigheter og mot ulike former for urettferdighet og undertrykking (Levin, 2006). Jane Addams drev settlement-bevegelsen, der hjelpere og hjelpesøkende levde sammen og skulle lære av hverandre, og drev politisk arbeid. Fokus var på strukturelle forhold og sosial reform, og hjelp til selvhjelp var et viktig prinsipp. Addams er kjent for å ha en holdning om at et menneske med problemer er et symptom på at noe er galt med samfunnet (Levin, 2006). Richmond har vært tolket som å være mer opptatt av individets tilpasning til omgivelsene, og mindre av sosial reform (Fjeldheim m. fl., 2015). Slik hun tradisjonelt har vært forstått, har hennes fokus på personens omgivelser vært knyttet til det hun omtaler som «indirekte intervensjoner» i personens nære kontekst. Forfatterne skriver at Richmonds fokus på sosial reform har fått for lite oppmerksomhet, og at der hun er orientert mot individet, er det alltid knyttet til sosial kontekst og ikke som to separate enheter, men som knyttet sammen i en uløselig dynamikk.

Sosialt arbeids analyseenhet er person i situasjon, eller kontekst, dette omfatter både individer, grupper og samfunn. Selve analyseenheten er å regne som et av fagets spenningsfelt helt siden starten med Richmond og Addams, med ulik vekt i den ene eller annen retning ut fra hvilke teorier faget har vært påvirket av gjennom historien (Levin, 2006). Gordon Hamilton tok første gang i bruk begrepet person i situasjon, og interaksjonen imellom, som sosialt arbeids hovedfokus og unike faglige perspektiv på 1940-tallet (Cornell, 2006). Analyseenheten person i situasjon har gjerne vært brukt til å forene faget. Samtidig har utviklingen har vært preget av ulike teorier som har hatt mer fokus på individet, som for eksempel psykoanalytisk teori, og teorier med mer fokus på sosial reform, som marxisme, for å nevne to ytterligheter, noe som har gjort det vanskelig å forene et samtidig fokus på individ og samfunn og interaksjonen imellom.

Systemteori har preget sosialt arbeid siden 1960-årene, og brukes til å forstå hvordan individ og sosiale forhold er tett forbundet og påvirker hverandre gjensidig (Hansen og Solem, 2017). Vår kultur har en tendens til årsak-virkning forklaringer, men forstått med systemteori er det snakk om dynamiske og sirkulære prosesser, og en tanke om at alt henger sammen med alt. Et eksempel på systemteoretiske bidrag, er Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell, som viser til hvordan alle deler i et system påvirker hverandre, og dersom en del endres vil dette påvirke de andre delene i systemet (Hutchinson og Oltedal, 2017).

Sosialt arbeid er et fag som låner teorier og begreper fra andre fag, og omtales gjerne som et tverrfaglig lånefag. Der faget kan implementere kunnskap om individet fra psykologien, kan kunnskap om samfunnet komme fra sosiologi (Fjeldheim m. fl., 2015). Forfatterne skriver at der medisin også låner fra kjemi, psykologi og biologi og blir «mer av alt», blir sosialt arbeid «mindre av alt». Sosialt arbeid kommer i en posisjon der det blir oppfattet som at faget ikke har egne teoretiske bidrag, som et rent praktisk fag, eller et fag som kun forholder seg til lånt vitenskap.

I sosialt arbeid er teori og praksis tett forbundet med hverandre, og begrepsutvikling er nært knyttet til systematisering av kunnskap fra praksisfeltet (Levin, 2006). Forfatteren skriver at sosialt arbeid ikke har gjort nok for å løfte fram det særegne ved eget fagfelt, nemlig samhandling mellom individ og samfunn og mekling som involverer problemløsning, og dermed har gitt andre profesjoner makt til å definere hva sosialt arbeid er.

Å kombinere teori og praksis i sosialt arbeid handler om å kunne bruke teoretiske analytiske perspektiver på konkrete praktiske utfordringer (Hansen og Solem, 2017). Faget har et uttalt handlingsimperativ, der sosialarbeideren blir presentert for en situasjon som oppleves uønsket. Hansen og Solem (2017) viser til at det er nødvendig med en bred kartlegging og analyse av personens livsbetingelser før man handler. Det handler om å ha et bredt og utvidet perspektiv på mennesker som strever, og fokusere både på enkeltmenneskers opplevelse av sin egen situasjon i tillegg til å analysere den sosiale situasjonen vedkommende er i. Det innebærer å se personen i sin kulturelle kontekst, ikke som to separate enheter, der individ er en enhet, og kontekst en annen, men helheten har betydning for hva sosialarbeideren velger å gjøre i samarbeid med den hjelpesøkende.

Fellesorganisasjonen FO, som organiserer mange sosialarbeidere i Norge, er en del av International Federation of Social Workers, IFSW, som organiserer sosialarbeidere verden over (www.ifsw.org).

IFSW definerer sosialt arbeid slik:

«Sosialt arbeid er en praksisbasert profesjon og akademisk disiplin som fremmer forandring og utvikling, sosial samhørighet, empowerment og frigjøring av mennesker. Prinsipper om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for mangfold er sentralt i sosialt arbeid. Underbygget av teorier om sosialt arbeid, samfunnsvitenskap, humanistiske fag og urfolksvitenskap aktiverer sosialt arbeid mennesker og strukturer for å adressere livsutfordringer og for å fremme livskvalitet».

Ut fra definisjonen ser vi at sosialt arbeid er nært knyttet til humanisme og menneskerettigheter. Humanisme innebærer blant annet verdier som respekt for menneskets iboende verdi og alles rett til frihet og aksept av det unike ved hvert menneske (Karlsson og Borg, 2013). Verdenserklæringen for menneskerettigheter ble vedtatt i FN i 1948, etter grusomhetene under andre verdenskrig. Siden har det kommet konvensjoner som skal sikre menneskers sivile og politiske rettigheter samt sosiale, økonomiske og kulturelle rettigheter. Det er også en egen konvensjon for å hindre diskriminering av mennesker med funksjonsnedsettelse, samt en barnekonvensjon (FN.no). Arbeid med mennesker i vanskelige livssituasjoner har gjort at sosialarbeidere har sosial rettferdighet som en kjerneverdi, og var den første profesjonen som hadde anti-diskriminering som prinsipp (Rushton og Beaumont, 2002). Dette er ingen selvfølge innenfor psykisk helsevern i Norge, der det er først på begynnelsen av 2000-tallet at menneskerettighetene har fått stor betydning (Andersen, 2018). Selv om andre faggrupper deler verdiene om menneskerettigheter, har de ikke nødvendigvis dette i fokus i arbeidet på samme måte som sosialarbeidere (Bland og Renouf, 2001).

Sosialt arbeid har et helsefremmende perspektiv med fokus på å kartlegge beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer for individer og grupper, med mål om å bygge videre på positive faktorer og redusere risikofaktorer, for på den måten å legge til rette for mestring og god livskvalitet (Hansen og Solem, 2017). Teorien om salutogenese, som vektlegger mestring og helsefremmende faktorer er viktig i faget sosialt arbeid (Langeland, 2014). Sosialarbeidere er opptatt av samfunnsmessige forhold som påvirker folks levekår. Hansen og Solem (2017) viser til forskning som viser at psykiske lidelser ikke rammer tilfeldig, men fordeler seg etter sosioøkonomisk status, der utdanning, arbeid og økonomi er viktige faktorer. Fattigdom og stress, kombinert med manglende nettverk som gir praktisk og emosjonell støtte kan føre til psykisk uhelse. Forfatterne viser til at menneskers mestringskapasitet kan reduseres over lang tid med for mye stress, og at sosialarbeidere har fokus på å legge til rette for mestring, ved å ha fokus på både individ og kontekst med det mål å styrke de positive aspektene og redusere risikofaktorer. Teorien om salutogenese er opptatt av motstandsressurser som fremmer mestring, både i individet og i omgivelsene. Det kan handle om kvalitet på sosial støtte og deltakelse, kultur, materielle verdier og mestringsstrategier som ligger i individet (Langeland, 2014).

Sosialt arbeids identitet er nært knyttet til styrkebaserte perspektiver, der kapasitet og ressurser er i fokus. Dette perspektivet har sitt utspring i USA og oppsto innenfor psykisk helsefeltet. Retningen står i motsetning til et individfokus, der mangler og problemer blir forklart som egenskaper ved individet. Styrkeperspektivet er nært knyttet til empowermentbegrepet og fokuserer på resiliens, medvirkning og partnerskap, relasjon og dialog, profesjonell samhandling og helhetsperspektiv (Hansen og Solem, 2017).

Empowermentperspektivet er knyttet til at mennesker som opplever avmakt, hjelpeløshet, fremmedgjøring og mangel på kontroll, skal oppnå det som er motsatsen av dette, altså mer makt og kontroll i eget liv (Tallaksen, 2014). Det omfatter arbeid på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå, uten at det er nødvendig at det jobbes på alle nivåer samtidig (Hansen og Solem, 2017). På samfunnsnivå kan empowerment som motmakt komme til uttrykk ved at bevisstgjøring om undertrykkende strukturer i samfunnet, kan få grupper til å organisere seg for å endre på betingelser som fører til en avmaktssposisjon (Askheim og Starrin, 2007). Et aktuelt eksempel i vår sammenheng er brukerorganisasjonen Mental helse, som gjennom politisk påvirkningsarbeid og folkeopplysning jobber for økt åpenhet, forebygging av psykiske helseplager og et bedre helsetilbud, og er opptatt av å løfte brukerkunnskap (Mentalhelse.no). Gruppen er selve fundamentet i en empowermentsprosess, og samhandling med andre i samme situasjon kan normalisere identitetsprosesser og hindre en opplevelse av utenforskap (Hansen og Solem, 2017).

Der noen mener at å jobbe med empowerment på individnivå, mer er å forstå som et styrke- og mestringsperspektiv (Askheim og Starrin, 2007), bruker Tallaksen (2014) begrepene self-empowerment eller psykologisk empowerment når det er snakk om et individuelt fenomen. Han har studert hvordan personer som har forsøkt å ta sitt eget liv og overlevd, eller har hatt selvmordstanker beskriver det som ble et vendepunkt for dem, og om beskrivelsene inneholder elementer av empowerment. Han har funnet at kontakt

med andre mennesker, det å komme ut av isolasjon og bli møtt på det som er vanskelig, kan føre til ny selvforståelse og mestringsevne. Dette kan gi nye tanker om problemløsning og nye handlingsalternativer. Det handler om krefter som kommer innenfra personen selv, men som kan legges til rette for ved hjelp av andre.

Innenfor empowermentttenkningen tillegges den hjelpesøkende betraktelig mer makt enn det som er tilfelle med begrepet brukermedvirkning. Det handler om et så likeverdig samarbeid som mulig mellom en hjelper og en som søker hjelp (Hansen og Solem, 2017).

Innenfor sosialt arbeid har det gjennom historien vært et prinsipp å «starte der klienten er» (Levin, 2006). Det kan handle om å prøve å forstå den andre ut fra personens eget perspektiv, noe som peker på viktigheten av dialogisk praksis i sosialt arbeid. Selv om man aldri kan forstå den andre fullt ut, er det viktig å unngå å bli styrt av egen forforståelse (Hansen og Solem, 2017).

Relasjoner har stor betydning i faget (Levin, 2006). Sosialarbeidere jobber med relasjoner og interaksjoner mellom individet og omgivelsene, og bruker sin egen relasjon til den hjelpesøkende for å få til et samarbeid om et endringsprosjekt. Ved å inkludere både samfunnsmessige forhold, kultur og hverdagsliv, levekår og relasjoner på mikronivå, skapes et komplekst bilde av person i situasjon, der det er viktig å være bevisst på at en aldri kan forstå den andre fullt ut. Denne måten å tenke på kan gi rom til å virkelig lytte til hvordan den andre skaper mening i sitt liv (Hansen og Solem, 2017)

Ifølge FO's utdanningspolitiske plattform (2011) skal sosionomen kjenne samfunnet og bidra til at velferdsstaten når alle. Dette viser til den delen av sosionomens rolle som en som sørger for å sette mennesker som trenger det i kontakt med ressurser i velferdssystemet og få tilgang til rettigheter. De har også en rolle som «mekler» i interaksjonen mellom bruker og systemene. De skal også kunne hjelpe til med søknader og oversettelse av vedtak fra det offentlige som kan inneholde fagspråk og juridisk språk. Fokus er arbeid med relasjoner, både til viktige mennesker i brukerens liv og til systemene (Hansen og Solem, 2017).

I tillegg til å hjelpe til med interaksjon mellom bruker og systemer, har sosionomen ofte en rolle i å bistå med transaksjoner mellom systemer. Her er både helhetsperspektiv og tverrfaglig generalistkunnskap som hjelper sosionomen til å kjenne andre faggruppers kompetanse hjelpsomt. I tillegg vite hva som skal til for å få til endring i brukerens livssituasjon. Relasjonskompetansen legger til rette for å få til gode samarbeidsrelasjoner og god samhandling mellom aktuelle aktører i systemene. Sosionomene har ofte en viktig koordinerende rolle og det tverrfaglige perspektivet og koordineringskompetanse er viktige elementer her (Hansen og Solem, 2017).

I Norge ble den første sosialarbeideren ansatt i voksenpsykiatrien i 1939. Den første organisasjonen for sosialarbeidere var sykehuskuratorenes forening, som ble stiftet på slutten av 50-tallet. Før Lov om sosial omsorg kom i 1966, var det i helsevesenet at de første sosionomene fant sine arbeidsplasser (Sverdrup, 2007). På 60-tallet ble sosionomer ansatt som behandlere i institusjoner, på grunn av mangel på andre

faggrupper. Etter hvert som medikamentell behandling utviklet seg, og uføretrygd ble innført, var det flere pasienter som kunne skrives ut fra institusjonene. Da fikk sosionomene en viktig rolle med tanke på ettervern. Hjelp med bolig, økonomi, sosiale rettigheter og andre ytelser ble et viktig arbeidsfelt, i tillegg til fokus på manglende sosialt nettverk og ensomhet (Sverdrup, 2007). Utover 1970- og 80- tallet skjedde det en gradvis nedbygging av institusjonene, og fokus ble flyttet over til at folks skulle få hjelp der de bor (Husøy, 2015). På 80- tallet ble sosionomer ansatt både i institusjoner og kommunehelsetjenesten for å drive med gruppeterapi, familie- og nettverksarbeid (Schumacher og Christiansen, 2013). I sin undersøkelse i 1987 fant Sverdrup at sosionomers kjerneoppgaver dreide seg om å ivareta pasientenes økonomiske rettigheter, boligsaker, formidling av tjenester, informasjon til og fra familie, samarbeid innen institusjonen og samarbeid med førstelinjetjenesten. Wenche Sjøby (Fontene, 2017) gir eksempler fra sitt arbeid som sosionom på DPS som viser et bredt spekter av fokusområder for arbeidet. Det handler om å være en oversetter i forhold til Nav, hjelp til bolig, hjelp med arbeidsløshet, økonomiske problemer, nettverk som kan gi støtte og omsorg, vold i nære relasjoner og flyktningeproblematikk.

3.3 Profesjonsteori

Forskning på praktisk profesjonskunnskap er et felt som søker å utforske, synliggjøre og gyldiggjøre praktisk profesjonskunnskap (Halås m. fl., 2017). Teorier om forholdet mellom kunnskap og handling og om praksiskunnskap som en egen kunnskapsform, faller inn under erkjennelsesteoriens område (Thomassen, 2006). Det handler om hva kunnskap er, ved hvilke metoder vi kan oppnå kunnskap og hvilke begrunnelser som kan gis for at kunnskapen er holdbar, altså om den er gyldig og pålitelig.

For å beskrive hvordan praktisk profesjonskunnskap skiller seg fra andre former for kunnskap, vises det gjerne til Aristoteles tenkning. Han sier at det som skiller mennesker fra andre levende vesener, er deres evne til fornuft, eller til å tenke. Han skiller mellom tre forskjellige former for fornuftsaktivitet, der *episteme* viser til kunnskap som teori, *techne* som teknisk eller praktisk kunnskap, mens begrepet *phronesis* viser til klokskap og praktisk skjønn og dømmekraft. Begrepet *phronesis* innebærer mellommenneskelige handlinger, og viser både til at vi er sosiale vesener og at utøvelsen av *phronesis* er en etisk aktivitet (Thomassen, 2006).

Det som skiller profesjoner fra andre praktiske yrker, er at de også forvalter vitenskapelig kunnskap (Molander og Terum, 2008). Det er likevel slik at der akademiske utdanninger har sitt tyngdepunkt i teori, er de nye profesjonene, som for eksempel sosionom, tydeligst basert i praksistradisjon og handlingskunnskap (Halås m. fl., 2017). Disse profesjonene er også basert i vitenskapelig kunnskap, men de vitenskapelige kunnskapsbasene til profesjonene er gjerne mangfoldige og fragmenterte, og satt sammen med tanke på de oppgavene profesjonene skal løse i praksis (Molander og Terum, 2008). Forskning på profesjonsutøvelse er opptatt av å utvikle kunnskap om hvordan kunnskap og begrunnelser kommer til uttrykk i profesjonsutøverens handlinger i praksis. Man er opptatt av kunnskapsbegrepet som ligger implisitt i praktisk

yrkesutøvelse og hvordan dette forholder seg til andre kunnskapsforståelser i vitenskapelig virksomhet (Halås m. fl., 2017).

Profesjoner omtales gjerne som sterke eller svake, og det er knyttet kriterier til vurderingen av dem. Det er fortsatt knyttet diskusjoner til hvordan begrepet profesjon skal defineres. Den autonomien profesjonene ble gitt i forhold til å løse sine oppgaver, gjorde det attraktivt for nye yrker å søke anerkjennelse som profesjon. De sterkeste profesjonene er de som er knyttet til bestemte funksjonssystemer og har jurisdiksjon på et felt, det vil si oppgaver som kun de kan løse. Sosionomer omtales for eksempel med svake profesjonsbetingelser, både fordi de ikke har oppgaver som kun de kan utføre, de trenger hjelp fra andre profesjoner for å løse oppgavene, og målet for arbeidet framstår som diffust (Molander og Terum, 2008).

I tillegg til at selve praksisutøvelsen er gjenstand for forskning, er det vektlagt at vitenskapelig kunnskap skal være grunnlag for praksisutøvelsen. Det er et mål at praksisfagene skal utvikles som egne vitenskapelige disipliner, med teorier og modeller knyttet til arbeidsområder og oppgaver (Thomassen, 2006). I vårt vestlige samfunn blir forskningsbasert kunnskap, forstått som episteme, ansett som pålitelig og etterprøvbart og tillagt høy verdi. Faglig erfaringsbasert skjønn og dømmekraft, forstått som phronesis, kan bli oppfattet som noe subjektivt, usikkert og vilkårlig. I tillegg til at forskningsbasert kunnskap, eller evidens, blir høyere verdsatt, er det også spørsmål knyttet til hvordan man har kommet fram til kunnskapen. Det er en statusforskjell mellom ulike vitenskapelige metoder, der naturvitenskapelige metoder med randomiserte kontrollerte studier er rangert høyest. Det er behov for andre metoder når målet er å studere hvordan profesjonsutøveres kunnskap og erfaring kommer til uttrykk i handling som skjønn og dømmekraft. Humanistiske forskningstilnærminger til profesjonspraksis kan bidra til utvikling og revitalisering av begreper som oppleves treffende for praksis, eller gi nye innsikter. Dette kan bidra til å løfte fram praktisk kunnskap som gyldig kunnskap, hjelpe oss til å reflektere over praksis, og å få gjennomslag for faglige argumenter for tiltak som kommer de vi skal hjelpe til gode (Halås m. fl., 2017, Thomassen, 2006).

Praksis er verdibasert i den forstand at det også handler om selve grunnen til yrkenes eksistens – å fremme det gode for dem vi arbeider i forhold til. Handlingsvalg krever dømmekraft og skjønn og krever at vi kan sammenholde det vi kan og vet og tilpasse det til konkrete og ofte komplekse situasjoner. Der teoretisk viten, eller episteme, er kunnskap om det allmenne, det som aldri kan være annerledes, er phronesis kunnskap om det situasjonsavhengige, det som alltid kan være annerledes. Erfaring fra handling i praksis kan gi en form for kunnskap vi ikke alltid har ord for, en såkalt taus kunnskap (Thomassen, 2006). Det handler om å opparbeide erfaring for å kunne handle med dømmekraft i uforutsigbare situasjoner og opparbeide en evne til kritisk tenkning (Halås m. fl., 2017) Diskusjoner om kunnskapens status kan handle om hva det vil si å være en god praktiker, forholdet mellom vitenskapelig kunnskap på den ene siden og situasjonsrelatert dømmekraft på den andre (Molander og Terum, 2008). Spørsmålene kan dreie seg om hva som vurderes som god praksisutøvelse, og hva disse vurderingene bygger på. Det er et ønske om å utvikle kunnskap om hvordan

dømmekraft utøves og kommer til uttrykk i praksis. Profesjonsutøverens erfaringsperspektiv en viktig tilgang til innsikt i vesentlige sider ved profesjonell praksis (Halås m. fl., 2017).

Kapittel 4

Vitenskapsteoretisk perspektiv

4.1 Innledning

Vitenskapsteori viser til at vitenskapene kan studeres ut fra forskjellige perspektiver, og dreier seg om problemstillinger knyttet til de konkrete forskningsmetodene vitenskapelig kunnskap etableres ved (Thomassen, 2006). Til grunn for kvalitative forskningsmetoder, der menneskers erfaringer er det man ønsker å utvikle kunnskap om, ligger gjerne fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteori. Forholdet mellom fenomenologi og hermeneutikk blir gjerne lagt fram som et gjensidighetsforhold der fenomenologien fremholder at bevisstheten er rettet mot noe, mens hermeneutikken betoner at dette noe ikke er gitt, men må fortolkes (Thornquist, 2003). Det handler ikke om en entydig filosofi eller teori, men flere teorier som har utviklet seg i forskjellige retninger. Jeg vil i det følgende forsøke å gi en svært kortfattet fremstilling av viktige begreper innenfor disse perspektivene, i tillegg til sosialkonstruksjonistisk vitenskapsteori, som også er relevant i mitt prosjekt.

4.2 Fenomenologi

I et fenomenologisk perspektiv utvikles all kunnskap om verden gjennom subjektets bevissthet. Det man studerer kan ikke oppfattes som ferdig konstituerte objekter, skilt fra subjektets oppfatning av dem. Intet viser seg uten å vise seg for noen. Slik forstås fenomenologi også som en bevissthets- eller erfaringsfilosofi. Fenomenologien er opptatt av vår livsverden, som er den verden vi lever i og er fortrolig med, som vi tar for gitt og sjelden artikulere. Livsverden kommer forut for all vitenskapelig kunnskap om verden. Begrepet væren-i-verden viser til at vi er umiddelbart og uløselig knyttet til verden. Begrepet intersubjektivitet henger sammen med livsverden-begrepet, fordi denne verdenen er noe vi deler med andre mennesker, og i interaksjon med andre kan våre private verdener overskrides (Thornquist, 2003).

4.3 Hermeneutikk

Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning og kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening. Hermeneutikken brukes til fortolkning av all menneskelig aktivitet som har til hensikt å formidle noe. Dette perspektivet viser til at all vitenskap er gjenstand for fortolkning. Et sentralt begrep er forståelseshorisont, som viser til våre samlede oppfatninger, erfaringer og

forventninger. Vår forståelseshorisont er ikke noe vi vanligvis har bevisstheten rettet mot. For-dom, eller forforståelse, er i hermeneutikken forstått som den bakgrunnskunnskapen vi møter fenomener med, og som er med og bestemmer det vi forstår og fortolker. Dette betyr at vi aldri er forutsetningsløse, men at vi alltid allerede har en forutforståelse. Formuleringen alltid allerede møter vi ofte i hermeneutikken, og da koblet sammen (Thornquist, 2003).

Den hermeneutiske sirkel, eller ofte omtalt som spiral, viser til en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet for å forstå begge deler best mulig. Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten. Denne nye helhetsforståelsen kan sette delen, eller delene, i et nytt lys og gir en ny forståelse av enkeltdelene. Dette er ment å bidra til en vedvarende fordypning og utvidelse av forståelseshorisonten. All tolkning er relativ til tolkerens horisont, som stadig overskrides i retning av nye horisonter, ved å sette sin forforståelse på spill i møte med nye og ukjente fenomener (Thornquist, 2003).

Gjennom dialog med andre, kan vi overskride vår egen og andres forståelseshorisont. Vi kan på denne måten utfordre det vi tar for gitt, sette vår forforståelse på spill, og utvide vår opprinnelige forståelse så den kan smelte sammen med den andres i en videre horisont. Et begrep for å beskrive dette er horisontsammensmelting. Det vi forstår, forstår vi gjennom vår egen fortolkning ut fra vårt eget perspektiv. Dette betyr at vi aldri kan påstå å vite hva den andre opprinnelig mente. Hermeneutikken har vært kritisert for å neglisjere samfunnsstruktur og forholdet mellom språk og makt, og kommer til kort der kommunikasjonen er systematisk fordreid. Den kan forstås som å universalisere språket som bærer av tradisjon og overlevering, på bekostning av utenomspråklige strukturer som herredømme og sosial makt (Thornquist, 2003).

4.4. Sosialkonstruksjonisme

Innenfor et sosialkonstruksjonistisk perspektiv legges det avgjørende vekt på språklig sosial interaksjon som en betingelse for kunnskap. All kunnskap oppstår mellom subjekter, altså i en intersubjektiv kontekst, der språklig samhandling konstruerer både relasjonen mellom subjekter, og mellom subjekter og verden. På denne måten oppstår både vår selvforståelse og virkelighetsforståelse. Innenfor disse teoriene er det forskjellige oppfatninger om hvordan forholdet mellom konstruksjon og virkelighet skal forstås. Det å sette ord og begreper på virkeligheten, er med på å konstruere virkeligheten. Dette betyr ikke at virkeligheten ikke eksisterer før begrepene, men viser til at tilgangen til, og fortolkningen av virkeligheten er bestemt av en dominerende språkpraksis. Sosialkonstruksjonistiske fremstillinger kan ha som mål å avdekke og oppløse teorier og begreper og vise hvilke utenomteoretiske funksjoner de har. Ønsket er å synliggjøre at det vi tar for gitt, ikke trenger å være slik. Målet er økt bevisstgjøring, samt å destabilisere og dekonstruere det som oppfattes som sant (Thomassen, 2006).

Kapittel 5

Metode

5.1 Innledning

Målet med metodekapittelet er å vise hvordan jeg har gått fram gjennom hele prosessen, fra valg av tema til ferdigstillingen av den endelige rapporten. Gjennom beskrivelser av hvordan jeg har kommet fram til resultatene, kan det være mulig for andre å bedømme om temaene jeg har kommet fram til er gyldige i forhold til å svare på problemstillingen (Ryan og Bernard, 2003). Der validitet handler om metodene jeg har brukt er egnet til å undersøke det jeg har ment å undersøke og om resultatene sier noe om det jeg ønsket kunnskap om (Kvale og Brinkmann, 2015), handler det også om hvordan kunnskapen jeg har kommet fram til blir forstått og om den kan brukes til noe i praksis (Stige m. fl., 2009). Å kartlegge og beskrive noe slik det er, kan brukes til å forandre noe. Om forskningen kan brukes til noe, er avhengig av hvordan den blir oppfattet av andre. Spørsmålet er om andre forskere blir overbevist om at det jeg presenterer, klarer seg opp mot alternative tolkninger og forståelsesmåter (Larsson, 2005). Validitet i kvalitativ forskning er knyttet til «kvalitetssikring» både i forhold til tema, problemstilling og fremgangsmåter (Guldvik, 2002). For å bedømme dette må prosjektrapporten vurderes i sin helhet.

I kvalitativ forskning er utvidet forståelse av forskningsdeltakernes oppfatning av virkeligheten et mål. I tillegg ligger det til grunn at kunnskapen konstrueres i et samspill mellom forskeren og forskningsdeltakere (Nilssen, 2014). Det er altså ikke en endelig sannhet som skal avdekkes, men en beskrivelse av virkeligheten. Det er mine spørsmål til og tolkninger av materialet som har ledet til temaene jeg har identifisert og som har blitt stående som hovedfunn.

Jeg ønsker i dette kapittelet å formidle hvordan jeg har tenkt og jobbet meg fram til resultatet underveis. På denne måten kan lesere vurdere om de kan stole på resultatene. Dette spørsmålet er knyttet til hvordan studien har blitt gjennomført. Jeg vil gi en beskrivelse av gjennomføring av intervjuer, transkribering, analyse, samt tolkninger og valg av temaer som har blitt stående som hovedfunn (Stige m. fl. 2009).

Kvalitative intervjuer gir forskningsdeltakerne mulighet til å komme til orde og kommentere spørsmål og tolkninger underveis, noe som ikke er mulig ved spørreskjemaundersøkelser (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette kan ha betydning for reliabilitet. Her er det likevel viktig å være reflektert i forhold til hvordan man selv påvirker intervjusituasjonen. Er det trygt for deltakerne å være ærlige og snakke fritt, eller skaper jeg en situasjon hvor de ønsker å imponere meg eller holde tilbake problematiske sider? Under intervjuet har jeg vært oppmerksom på å unngå å stille ledende spørsmål. Målet er at andre kan gjennomføre samme undersøkelse, og finne tilsvarende svar.

Reliabilitet viser ikke kun til metode, men også moral i form av at det er et ideal å være pålitelig. Slik sett vil det også her være viktig at både deltakere og forsker er sannferdige. Spørsmålet om reliabilitet behandles

gjørne i sammenheng med spørsmålet om et resultat kan gjenskapes på andre tidspunkter av andre forskere (Kvale og Brinkmann, 2015). Her er refleksivitet og evnen til å formidle hvordan jeg har kommet fram til resultatene igjen viktig.

Jeg vil i det følgende redegjøre for hvordan jeg har gjennomført intervjuene og transkriberingen. Deretter følger en beskrivelse av utvalg og hvordan jeg har rekruttert intervjusubjekter. Jeg gjør så rede for for forståelse og analysemåte. Så følger en fremstilling av hovedfunn, etterfulgt av en diskusjon om etiske problemområder og prosjektets overføringsverdi.

5.2 Semistrukturert intervju

Metoden jeg har brukt for å få svar på problemstillingen er kvalitativt, semistrukturert intervju. Dette er en type forskningsintervju som fokuserer på den intervjuedes opplevelse av emnet man snakker om, fra deres eget perspektiv (Kvale og Brinkmann 2015). Denne metoden er godt egnet når det er deltakernes egne erfaringer man ønsker å få tak i og få en utvidet forståelse av.

Jeg har tatt utgangspunkt i seks åpne spørsmål, som deltakerne og jeg har hatt en samtale rundt. Samtalene har hatt en utforskende form med oppfølgende spørsmål, og vi har beveget oss mellom de forskjellige spørsmålene og temaene. Intervjuguiden har hjulpet meg til å strukturere samtalen. Den har bidratt til å sørge for at vi har snakket om det som berører problemstillingen, men likevel med mulighet til å ivareta en åpenhet for det som kommer fram (Malterud, 2011). Det at spørsmålene har vært åpne, har ført til at de har blitt besvart på ulike måter, og noen av deltakerne har bedt om tydeliggjøring eller forklaring, spesielt på det første spørsmålet i guiden, som dreier seg om hvilke perspektiver deltakeren som sosionom bringer inn i spesialisthelsetjenesten og hvilken betydning de mener det har. I flere intervjuer har utdypende svar på dette spørsmålet kommet fram senere i samtalen. Det første spørsmålet i intervjuguiden er svært vidt, noe Kvale og Brinkmann (2015) ikke anbefaler. Før jeg stilte spørsmål fra intervjuguiden innledet jeg med spørsmål om faglig bakgrunn og tidligere erfaring, ment som et utgangspunkt for å få til en god dialog.

Alle intervjuene fant sted på deltakernes arbeidsplass, bortsett fra ett som ble gjennomført i nærheten av der deltakeren bor. Dette kan ha utjevnet balansen i kontroll over situasjonen noe. Der jeg har bestemt tema for samtalen, har de bestemt sted for intervjuet, og valgt steder som er kjent for dem.

Intervjuene ble tatt opp med en båndopptaker, som var innkjøpt for formålet, og slettet etter hvert som de ble transkribert. Intervjuene ble gjennomført i løpet av en tomåneders periode sommeren 2018.

5.3 Transkribering

Jeg har selv transkribert intervjuene, og gjort det fortløpende etter hvert som intervjuene ble avholdt. Jeg har notert pauser og uttrykk, som latter, nøling og bekreftende uttrykk som «mm» og nikking (Nilssen, 2014,

Braun og Clarke, 2006) Under transkriberingen har jeg valgt å anonymisere deltakerne. Der navn blir nevnt underveis, har jeg kun satt en forbokstav.

Transkriberingen er en viktig del av analyseprosessen (Nilssen, 2014). Jeg erfarte at jeg ble svært godt kjent med materialet ved å lytte gjennom intervjuene og skrive ned hvert ord. Jeg oppdaget også ting underveis, som gjorde at jeg omstilte meg noe ved senere intervju. Som eksempel ble jeg i det første intervjuet svært opptatt av det deltakeren sa om sosionomen som brobygger eller samhandler innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette gjorde at jeg spurte mye om dette på de neste to intervjuene. Da jeg oppdaget dette under transkribering, ble jeg bekymret for at jeg skulle styre fokus for mye. Ved de neste fem intervjuene, prøvde jeg å la være å bringe dette opp, for å se om det ville komme fram av seg selv fra deltakerne. Det opplevde jeg at det gjorde, dette temaet kom fram under alle intervjuene. Et annet eksempel er at jeg, da jeg transkriberte det andre intervjuet, oppdaget at deltakeren snakket mye om begrepet rettferdighet, og at jeg ikke utforsket dette temaet videre. Underveis i intervjuene og transkriberingen, som foregikk parallelt, var jeg i en prosess der jeg tilstrebet å være så sensitiv og lyttende som mulig, og åpen for det uventede. Målet er å få tak i deltakerens meninger, handlinger, tanker, kunnskap, følelser og opplevelser (Nilssen, 2014).

5.4 Utvalg

Som intervjupersoner har jeg valgt folk som har erfaring med det jeg ønsker å undersøke, altså et strategisk utvalg (Malterud, 2011). Jeg har intervjuet 8 sosionomer som jobber i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Alle er kvinner og jobber i Akershus Universitetssykehus, men på ulike steder. 6 jobber i distriktpsikiatriske sentre, i Follo, Øvre Romerike og Nedre Romerike. Disse jobber på allmennpoliklinikk, døgnavdeling, ambulant team og poliklinisk psykoseteam. De siste to informantene har erfaring fra akuttavdeling på AHUS. To av informantene er kliniske sosionomer, de har også behandleransvar.

5.5 Rekruttering

To av informantene kjente jeg fra før, som kolleger. Jeg spurte dem direkte om de kunne tenke seg å delta som forskningsdeltakere. Problemet ved å gjøre det på denne måten, er at det kan være vanskelig å takke nei. Jeg har likevel inntrykk av at de har vært engasjert i prosjektet, og at de satte pris på å delta. Jeg hadde tidligere mottatt en invitasjon til samling for sosionomer som jobber innenfor psykisk helsevern i Akershus universitetssykehus. Jeg brukte denne listen over e-postadresser og sendte ut en forespørsel om noen kunne tenke seg å delta på intervju. I e-posten la jeg ved malen for informert samtykke, en kort presentasjon av prosjektet og forventet tidsbruk for selve intervjuet. Jeg fikk 8 positive svar, og takket nei til 2 av dem etter hvert. Dette fordi jeg opplevde at materialet jeg hadde etter 8 intervjuer var tilstrekkelig. Ved å

rekruttere på denne måten, sto mottakerne av e-post fritt til å svare eller la det være dersom de ikke var interessert.

5.6 Forforståelse:

Min forforståelse i starten av prosjektet var preget av tidligere erfaring, både faglig og personlig, teorier, verdier, kunnskap og holdninger. Det ligger til grunn i kvalitativ forskning at ens egen forståelse påvirker alle deler av forskningsprosessen. Dette gjelder fra hvilke spørsmål man stiller, hvordan man selv påvirker situasjonen under intervjuene, til hva man fokuserer på under analysen av det transkriberte materialet. Beskrivelsene av virkeligheten jeg presenterer i rapporten, er konstruert i et samspill mellom meg og deltakerne (Nilssen, 2014). Et eksempel er når sosionomene forteller om det de gjør i sin arbeidshverdag. Der spørsmål og svar rundt dette kanskje har vært ment som en tydeliggjøring, har deres fortellinger isteden bidratt til min tolkning om at sosialt arbeid i spesialisthelsetjenesten er utydelig og vanskelig å forklare.

Hermeneutikk er en modell for forståelse gjennom fortolkning (Malterud, 2011). Når jeg formidler det deltakerne har beskrevet, er det gjennom min egen forståelse og tolkning av det de har sagt. I arbeidet med studien har jeg erfart hvordan min egen forforståelse stadig har vært i utvikling, gjennom intervjuene, transkriberingen, analyse og gjennomgang av tidligere forskning. Ved en bevisst og reflektert holdning til egen forforståelse, er det mulig å sette den på spill og gjennom åpenhet oppnå ny og utvidet forståelse (Thornquist, 2006).

Ifølge hermeneutikken faller forforståelse alltid tilbake på helheten for å gi noe innhold eller mening. I meningsfull tenkning finnes det alltid fortolkning, og det som oppfattes som fakta er alltid avhengig av perspektiv. Sånn sett er det vanskelig å gjøre rede for all sin forforståelse fordi alt man har tenkt kan påvirke tolkningen (Larsson, 2005).

Mye kvalitativ forskning utføres av forskere som har bakgrunn fra feltet de forsker i (Nilssen, 2014). Dette gjelder også i mitt prosjekt og gjør refleksivitet i forhold til forforståelse helt nødvendig.

Da jeg startet prosjektet, hadde jeg nettopp byttet jobb. Etter å ha jobbet fem år som sosionom i Kirkens Bymisjon, hvor mange av brukerne var rettighetsfattige, det vil si ikke hadde rett til fastlege, spesialisthelsetjeneste eller i NAV, startet jeg som sosionom i spesialisthelsetjenesten, på et distriktpsikiatrisk senter. Jeg ble møtt med forventninger om å ha omfattende kunnskap om systemene som jeg hadde hatt lite kontakt med de siste årene. Selve problemstillingene jeg ble presentert for av andre faggrupper, var det som fikk meg til å undres over hva sosionomens rolle i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern er. Slik sett hadde jeg en viss avstand til selve konteksten i starten.

Samtidig, jeg er sosionom, og satte meg fore å undersøke hvordan andre sosionomer erfarer det å jobbe i dette systemet.

Det å være tilknyttet eller sterkt identifisert med den gruppen som er involvert i forskningen kan føre til at man kun stiller oppfølgingsspørsmål som stiller deltakerne i et fordelaktig lys (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette var det viktig for meg å ha et reflektert forhold til, siden jeg er en sosionom som intervjuer andre sosionomer. Jeg hadde et mål om å løfte fram sosionomens betydning innenfor psykisk helsevern, samt å tydeliggjøre deres rolle. Det var helt klart i min interesse at sosionomene skulle framstå som nyttige bidragsyttere. I tillegg til at sosionomer har en del kunnskap og ferdigheter som er felles, er faget også nært knyttet til verdier og holdninger. Dette skapte problemer for meg i et par intervjuer, da det kom fram holdninger som jeg opplevde var noe i strid med holdningsgrunnet i sosialt arbeid om anti-diskriminering. I tillegg var spesielt en forskningsdeltaker ikke med på mitt prosjekt om å løfte fram sosionomen som viktig, men sa flere ganger at den jobben sosionomen gjør, kan andre faggrupper også utføre. Til tross for at dette skapte noe ubehag, var det mye nyttig informasjon som kom fram i nettopp disse intervjuene. I ett tilfelle har det også skjedd at en forskningsdeltaker har tatt kontakt i etterkant og bedt meg fjerne et utsagn. Dette for å ikke skape en negativ vinkling. Sånn sett kan prosjektet bære preg av at både deltakerne og jeg som forsker har hatt et ønske om å framstille sosionomene i et fordelaktig lys. Jeg har gjennomgående opplevd deltakerne som svært engasjerte og med et sterkt ønske om å belyse egen rolle.

5.7 Analysemetode

Analysen handler om å sortere og organisere det transkriberte materialet, bryte det ned i håndterbare enheter, kode materialet og finne mønstre (Nilssen 2014). Det som blir stående som hovedfunn, er bestemt av mine valg, hva jeg legger merke til og velger å fokusere på. Kvalitative metoder for analyse bygger på en hermeneutisk forståelsesmodell, der forskeren pendler mellom vekselvis fokus på deler og helhet i teksten. Dette foregår i en uendelig sirkel eller spiral, der målet er stadig utvidet forståelse (Thornquist, 2006).

I kvalitativ forskning er det ikke nødvendig med en bestemt analyseform (Kvale og Brinkmann, 2015). Analyseredskaper er individuelle og kan brukes fleksibelt (Nilssen, 2014). Målet er å finne en essens, eller betydningsfulle sammenhenger. Jeg har ønsket en strukturert fremgangsmåte, og har valgt å foreta en tematisk analyse av mitt materiale (Braun og Clarke, 2006, Ryan og Bernard, 2003, Riessman, 2008, Johannessen, Rafoss og Rasmussen, 2018).

Min analyse er induktiv i den forstand at jeg ikke har lettet etter mønstre eller temaer innenfor rammene av en bestemt teori, eller i lys av tidligere forskning (Braun og Clarke, 2006). Analysen er likevel preget av min forforståelse, som består både av teoretisk kunnskap, samt faglig og personlig erfaring (Ryan og Bernard, 2003). Dette er med og bestemmer hva jeg har mulighet til å oppdage, hvilke spørsmål jeg velger å stille til materialet, og hva jeg velger ut som kategorier av hovedfunn.

Jeg har jobbet med å identifisere felles temaer på tvers av de transkriberte intervjuene (Riessman, 2008). Dette har jeg gjort ved å stille spørsmål til materialet og markere eller kode det jeg mente ga svar til

spørsmålene, med markeringstusjer i forskjellige farger (Ryan og Bernard, 2003). I tillegg har jeg skrevet ned stikkord og refleksjoner i marginen på de transkriberte intervjuene, så jeg kunne gå tilbake til ting som framsto interessante, men som ikke var i fokus for koding akkurat da (Johannessen m. fl., 2018).

Det er mange måter å bestemme temaer på. En måte er ved å stille spørsmål til materialet, altså å lete etter noe som har noe å fortelle om noe. Disse spørsmålene trenger ikke å være knyttet til spørsmålene som ble stilt til deltakerne under intervjuet. Man kan skille mellom tre typer spørsmål: selve problemstillingen, spørsmål som blir stilt under intervjuet og spørsmål man stiller til materialet. Det kan være en fordel at det ikke er sammenheng mellom dem (Braun og Clarke, 2006).

Braun og Clarke (2006) beskriver hvordan den tematiske analysen foregår i seks trinn, eller faser. Den første fasen handler om å bli godt kjent med materialet. Dette skjer gjennom transkribering og ved flere gjennomlesninger, der man begynner å notere og markere interessante utsagn som kan peke på mulige temaer. I den andre fasen er oppgaven å komme i gang med å identifisere og skrive ned ideer til foreløpige temaer, også omtalt som koding. Her kodes temaer som gjentar seg og fremstår som interessante. Dette kan gjøres manuelt og kodene kan komme ut fra materialet, ikke i lys av en bestemt teori, her har man flere valgmuligheter. Den tredje fasen går ut på å se hvordan man kan formulere overordnede temaer ut fra det kodede materialet. Her handler det om å finne sammenhenger mellom koder, mellom temaer og mellom ulike nivåer av tema, altså hovedtemaer og undertemaer. Noen koder kan bli hovedtema, noen undertema, eller bli forkastet i denne fasen. I fase fire blir noen tema forkastet eller slått sammen, eller delt i ulike tema. Man kan samle utsagn som viser til forskjellige tema i forskjellige dokument, og vurdere om de former et sammenhengende mønster. I denne fasen ser man på de individuelle temaene opp mot hele materialet, og vurderer om det man har kommet fram til, framstår som gyldig i forhold til materialet som helhet. Her leter man også etter om det finnes mer i materialet som viser til temaene, eller om de må forkastes. Denne fasen avsluttes når man har en ide om hva de forskjellige temaene er, hvordan de passer sammen og hvordan de representerer materialet som helhet. Når man har en oversikt over dette, går man over til fase fem, som går ut på å gå tilbake til utsagnene man har samlet, som viser til et tema, for å se om de former en sammenhengende historie. Målet er å klart definere og navngi hovedtemaer og eventuelle undertemaer som viser til hovedtema. Siste og sjette fase er utarbeidelsen av selve rapporten, hvor man forklarer hvordan man har kommet fram til resultatene, og illustrerer funnene ved eksempler fra materialet. Selv om Braun og Clarke (2006) beskriver tematisk analyse i trinn eller faser, poengterer de at det er en bevegelse frem og tilbake mellom ulike faser, og mellom deler og helhet i materialet i tråd med en hermeneutisk modell for forståelse og fortolkning. Dette er en prosess som går over lang tid, og rapporten er ikke noe som står igjen til slutt, den skrives og utarbeides fra prosjektstart til prosjektslutt. Det må tas forbehold om at prosjektet kan ha sine svakheter, da jeg er en uerfaren forsker, og arbeidet med dette har vært en læringsprosess for meg.

5.8 Framstilling av fremgangsmåte

Jeg vil i det følgende forsøke å tydeliggjøre hvordan jeg har kommet fram til det som har blitt stående som hovedfunn.

5.8.1 - Trinn 1

Fordi jeg hadde et ønske om å tydeliggjøre sosionomers rolle i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern, startet jeg med å markere utsagn der deltakerne snakket om det de faktisk gjør og hva som blir ansett for å være «typiske sosionomoppgaver». Ved kodingen av det sosionomene omtaler som sosionomoppgaver, slik det er opplevd av dem selv eller slik de tror det er oppfattet av andre, begynte det å tegne seg et bilde av utydelighet, spesielt knyttet til selve bredden av fokusområder. Jeg har kopiert alle markerte utsagn om dette og satt i et eget dokument (Braun og Clarke, 2006). Her inngikk utsagn som pekte på at to sosionomer i samme type stilling i poliklinikk hadde utformet sine roller svært ulikt, noe som styrket min tolkning om utydelighet som et hovedtema. Deretter gikk jeg tilbake til materialet og vendte oppmerksomheten mot hvordan de får sine oppgaver, om det er ved egne vurderinger eller bestillinger fra andre faggrupper. Jeg fant at der de får bestillinger fra andre faggrupper, er ikke disse alltid treffsikre. Videre fant jeg også utsagn om at sosionomene selv opplever sin rolle som utydelig og vanskelig å forklare. Alle markerte utsagn om disse temaene ble kopiert inn i dokumentet, som fikk navnet «utydelighet». Slik avgjorde jeg at utydelighet er et hovedtema, med flere undertemaer som viser til utydelighet i sosionomrollen.

5.8.2 - Trinn 2

Allerede under intervjuene og transkriberingen var det et tema som spesielt fanget oppmerksomheten, fordi det gjentok seg på tvers av deltakerne, og framsto som viktig. Dette er altså både knyttet til forekomst og at det kan være egnet til å svare på den overordnede problemstillingen (Braun og Clarke, 2006).

Når sosionomene snakker om dette temaet, som jeg har valgt å kalle «brobyggere», kommer det flere undertemaer opp, knyttet til hvordan de opplever samarbeid med andre systemer og hvilke strategier, holdninger og verdier de har knyttet til denne delen av arbeidet. Slik sett kunne jeg valgt å skrive hele rapporten om dette temaet. Jeg har i stedet valgt å la dette være et av flere hovedfunn, fordi jeg foretrakk en bredere tematisk beskrivelse av materialet, for å få flere viktige temaer med. Dette passer godt når det er lite tidligere forskning på området (Braun og Clarke, 2006).

Temaer kommer til uttrykk på flere måter, og det er mulig å se på dem som begrepsfesting av uttrykk (Ryan og Bernard, 2003). Ved å stille spørsmålet: «hva er dette uttrykket et eksempel på»? fant jeg flere betegnelser som jeg tolker å skulle vise til denne delen av sosionomrollen: «oversetter, brobygger, muliggjørere, formidler, samhandlingskonsulent, mediator, den som hjelper til imellom, den lille hjelperen, båtshake, magician, veiviser, back-up, psychic, koblingsperson, mellomledd, koordinator, edderkopp, los».

Jeg opprettet et eget dokument for dette funnet, kalt «brobyggere» og kopierte inn utsagn som jeg mente viste til temaet. Selv om dette ikke var noe jeg spurte direkte om i de siste fem intervjuene, hadde alle forskningsdeltakerne utsagn som viste til denne delen av sosionomrollen. Ved en gjennomgang av disse utsagnene, fant jeg flere temaer, som viser til en koordinerende rolle mellom pasient og kontekst. Det er samme metode som er brukt til dette, markeringstusjer i ulike farger og notater og refleksjoner i marg. Jeg fant at et undertema som viser til hovedtemaet er at sosionomene oppretter kontakt mellom pasienten og ulike deler av velferdssystemet utenfor spesialisthelsetjenesten og sørger for samarbeidsmøter. Et annet undertema er at sosionomene sørger for pasientens tilgang til rettigheter. Det tredje er at sosionomene har fokus på pårørendearbeid. Når jeg ser på hvordan de snakker om betydningen av dette arbeidet, kommer det fram et fjerde undertema som handler om at sosionomene mener at ved å hjelpe pasienten i kontekst, sørger for at pasienten kan skrives ut, også omtalt som «flyt» i systemet, og at de bidrar til at pasienter ikke blir gjengangere.

5.8.3 - Trinn 3

Spørsmål som dreier seg om forskningsdeltakernes syn på behandling, var ikke en del av intervjuguiden. Med tanke på at pasienter kommer til spesialisthelsetjenesten for utredning og behandling, kom jeg fram til at det ville være interessant å se på hvordan sosionomene snakker om behandling.

Etter en ny gjennomgang av hele det skriftlige materialet finner jeg at sosionomene formidler at de har et annet perspektiv enn det biomedisinske, som de mener har forrang i spesialisthelsetjenesten. Jeg identifiserte fire undertemaer når sosionomene snakker om behandling. Det første handler om et fokus på å se pasienten i et helhetsperspektiv, eller person i situasjon. Det andre er å ta utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten selv, ikke innta en ekspertrolle. Det tredje er et fokus på ressurser framfor sykdom. Ved fokus på temaet behandling, kom det også fram en opplevelse av lav status i systemet og et ønske om mer tverrfaglighet og anerkjennelse for sitt faglige perspektiv. Jeg har valgt å kalle temaet «et ønske om tverrfaglighet og anerkjennelse» fordi det viser til at sosionomene skiller mellom eget perspektiv på hva som er viktig for pasientens bedring enn det som er rådende i spesialisthelsetjenesten, og de har et ønske om anerkjennelse for nettopp dette perspektivet gjennom reell tverrfaglighet.

Under markeringer av utsagn som kan representere temaer eller undertemaer, kom jeg ofte i kontakt med det som kan omtales som «dobbelkoding» (Nilssen, 2014) - at koder viser til flere temaer. Som eksempel kan sosionomenes bredde i fokusområder peke i retning av utydelighet, men også helhetsperspektivet i sosialt arbeid. Noen utsagn eller deler av utsagn, kunne ha opptil 4 forskjellige markeringer knyttet til seg. Utsagn med mye informasjon og mening har gjerne blitt valgt for å representere funnene.

5.9 Skjematisk framstilling av hovedfunn:

Figuren under viser en skjematisk framstilling av hovedfunn, med hovedtemaer og undertemaer.

Utydelighet	<ul style="list-style-type: none">- Bredde i fokusområder- Utformer sine roller forskjellig i samme type stilling- Bestillinger fra andre faggrupper er ikke alltid treffsikre- Utsagn om at sosionomene selv synes deres rolle er utydelig og vanskelig å forklare og avgrense
Brobyggere	<ul style="list-style-type: none">- Oppretter kontakt med systemene utenfor spesialisthelsetjenesten, kommune og nav, sørger for samarbeidsmøter- Sørger for tilgang til rettigheter- Fokus på pårørendearbeid, også pasienters barn og mindreårige søsken, nettverksmøter og familiesamtaler- Ved å jobbe med pasienten i kontekst, mener de at de sørger for flyt og at pasienter ikke blir gjengangere
Ønske om tverrfaglighet og anerkjennelse	<ul style="list-style-type: none">- Helhetsperspektiv i motsetning til sykdomsperspektiv- Fokus på ressurser framfor sykdom- Fokus på hva som er viktig for den enkelte, ikke innta rollen som ekspert- Ønske om tverrfaglighet og anerkjennelse for sitt faglige perspektiv

5.10 Etske problemområder

Der målet er ny kunnskap er det et ønske at intervjuet skal være så dypt og inntrengende som mulig.

Dilemmaer kan oppstå når det samtidig er et ønske om å ikke krenke, eller å være så respektfull overfor intervjupersonen som mulig. Dette kan føre til at det som kommer fram under intervjuet blir overflatisk (Kvale og Brinkmann, 2015). Mitt utvalg er basert på profesjon, altså sosionomer. Jeg vil si at dette i utgangspunktet

ikke er en spesielt sårbar gruppe. Samtidig er alle mennesker sårbare. Yrket vårt er gjerne nært knyttet til vår oppfatning av oss selv og opplevelse av å bruke livet til noe som gir mening. Deltakeren kan komme i en situasjon hvor selvopplevelsen blir endret, man sier noe man angres på, eller får bevissthet om noe man helst ikke ville vite. Et eksempel fra mitt prosjekt er deltakeren som ba meg fjerne et utsagn. Dersom jeg hadde beholdt utsagnet, og latt det representere funnene, ville det ikke være å utvise god etisk dømmekraft.

Det er et mål å unngå skadelige konsekvenser for deltakerne og andre berørte. I tillegg er det viktig at kunnskapen som produseres skal komme de det forskes på til gode (Stige m. fl, 2009). Gruppene det handler om kan rammes av de tolkninger og konklusjoner man kommer til. I mitt tilfelle handler dette både om sosionomer og pasienter i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Det har vært viktig å være bevisst konsekvensene av forskningsprosjektet, selv om konsekvenser av et resultat kan være vanskelig å overskue før det er ferdig og delt med andre (Kvale og Brinkmann, 2015).

Konfidensialitet er viktig knyttet til etisk forsvarlighet. Anonymisering av deltakerne har vært ivaretatt i prosjektet. I tillegg har alle deltakerne skrevet under et informert samtykke, der det har vært beskrevet hvem som skal ha tilgang på opplysninger, hva informasjonen skal brukes til, og at det er mulig å trekke tilbake deltakelse (Stige, 2009).

Det er et viktig etisk spørsmål at det som står i rapporten er sant, og at verken deltakerne eller jeg som forsker har skjult eller fordreid noe (Larsson, 2005). Det er min oppfatning at alle som har deltatt i prosjektet har hatt et oppriktig ønske om å gi et rikt og sannferdig bilde av virkeligheten.

I en intervjusituasjon som er åpen, og der det er et ønske om å gå i dybden på temaer, er det umulig å forutsi alt. Dette kan omtales som «usikkerhetsområder» (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette er ikke noe faste regler eller sjekklister kan motvirke, men sensitivitet og refleksjon rundt dette har vært viktig.

5.11 Overførbarhet:

Spørsmålet om overførbarhet dreier seg om i hvilken grad mine funn kan si noe om hva som kan være aktuelt i en annen situasjon. Kan resultatene overføres til andre situasjoner, forskningsdeltakere og kontekster? (Kvale og Brinkmann, 2015). Kunnskapen som er produsert er kontekstavhengig og avhengig av min forforståelse, tolkninger og hvordan jeg har utført studien. Dette er forsøkt redegjort for under tidligere overskrifter. Det er likevel opp til den som skal vurdere undersøkelsen om funnene kan overføres til andre situasjoner. Gjennom framstillingen kan leseren bedømme om virkeligheten kan forstås på den måten som er beskrevet (Larsson, 2005). For at studien skal kunne brukes utenfor sin sammenheng, må den være relevant og gi mening og de som skal bruke den, kan ha den i tankene når de møter nye situasjoner som ligner.

Et argument for at min studie kan være relevant i andre situasjoner er at jeg ved en gjennomgang av tidligere forskning på området har funnet samsvar mellom mine funn og forskning i andre land og historisk i Norge (1987)

Det er ikke sånn å forstå at vitenskapelig kunnskap må være universell og gyldig på alle steder og til alle tider. Til syvende og sist er det opp til leseren om funnene kan overføres til lignende situasjoner (Kvale og Brinkmann, 2015)

Kapittel 6

Hovedfunn

6.1 Innledning

I denne delen vil jeg presentere og kommentere hovedfunnene, og gi eksempler på utsagn fra sosionomene som kan illustrere hvordan jeg har kommet fram til resultatene (Johannessen m. fl. 2018). Der jeg under transkriberingen noterte alle småord og pauser, har jeg her gjort om sitatene til en mer lesbar, skriftlig form uten å endre på innholdet (Kvale og Brinkmann, 2015). Disposisjonen vil følge den skjematiske framstillingen av hovedfunn med inndeling i temaer og undertemaer.

6.2 Utydelighet

6.2.1 Bredde i fokusområder:

Da jeg startet med prosjektet, hadde jeg et ønske om å tydeliggjøre sosionomers rolle i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Jeg begynte derfor med å undersøke hvordan sosionomene snakker om hva de faktisk gjør og hva de anser for å være innenfor deres ansvarsområde. Det som viste seg, var en stor bredde i det som omtales som typiske eller klassiske sosionomoppgaver. Utsagn om dette har bidratt til min tolkning om at selve bredden i fokusområder er med på å gjøre at sosionomrollen framstår utydelig, både for dem selv, pasienter og andre faggrupper.

Når sosionomoppgaver omtales, nevner alle bolig og økonomi. Både i betydningen at de selv oppfatter dette som deres ansvarsområde, eller at andre har den oppfatningen, kolleger eller pasienter. Mange av informantene har ansvar for å undersøke om pasienters barn er ivaretatt. Flere driver med familie- og pårørendearbeid. I tillegg snakker de om at de samarbeider med kommunale tjenester og holder samarbeidsmøter. Fokus er rettet mot situasjonen pasienten står i, framfor indre psykisk tilstand.

«Nav, gjeld, samlivsproblematikk. Roe ned og plassere ting. Rettigheter på barnetilsyn, utvidet barnetrygd, barnebidrag. Ikke søkt bostøtte heller. Få satt i gang med noen søknader der og kanskje også søknad om kommunal bolig».

Utsagnet viser til stor bredde av fokusområder når situasjonen rundt pasienten skal avklares. Det handler gjerne om ting som må tas tak i der og da, og ofte dreier det seg om praktiske ting. I tillegg kommer det fram at det å jobbe med problematikk rundt pasienten innebærer kontakt med andre systemer, noe som kan være tidkrevende og omfattende.

«Å, jeg gjør veldig mye. Jeg har jo mye inn imot kommunene. Veldig mye inn mot Nav, du har boligspørsmål, økonomispørsmål, ansvarsgrupper, passe på at kommunene tar ansvaret sitt. Det er jeg veldig opptatt av, at ansvaret skal mer over til kommunene, fra annenlinja over til førstelinja»

«Ja det er jo å kontakte nav, skrive sosialrapport, det gjør jeg masse. Hjelp leger med å skrive legeerklæringer, søke verge, ha kontakt med kommunen, sende opplysninger til kommunen som de trenger, mye telefon, koordinere samarbeidsmøter. Det er typiske sosionomoppgaver»

Sosionomene mener at de bidrar til pasienters bedring ved å tilrettelegge for endringer i deres livssituasjon. Dette kan handle om bedre bolig, mer ordnet økonomisk situasjon eller ved å ta initiativ til samarbeid med andre velferdssystemer som er viktige for pasienten. I tillegg er de opptatt av betydningen av meningsfull aktivitet og fellesskap med andre mennesker for pasientens bedring.

«Veldig ofte faller bolig, økonomi, kommunal oppfølging, aktivitet på dagtid, det å ha noe å gjøre, noe å gå til, faller litt inn under sosionomens vinger. Så blir boligkampen litt sånn at du går i bresjen for det. I hvert fall gjør jeg det, og mine kolleger på AKU gjør det.»

Sosionomene mener at det å ivareta disse aspektene har betydning i forhold til å frigjøre bekymringer som står i veien for å fokusere på behandling og bedringsprosessen. På denne måten bidrar de til det som kalles «flyt», pasientens vei gjennom behandling, fra inntak til utskrivelse.

6.2.2 Utformer sine roller forskjellig i samme type stilling:

Det kan virke som sosionomene har stor frihet til å utforme sine egne roller. Under intervjuene kom det fram at to sosionomer i tilsvarende stillinger på poliklinikk hadde utformet sine roller på svært forskjellige måter. Der den ene er svært opptatt av det som er omtalt som typiske sosionomoppgaver, tar den andre nærmest avstand fra dette, og driver hovedsakelig med familiesamtaler. Den sistnevnte sier:

«Da jeg kom hit, som min sjef, han var ikke helt sikker på hva på en måte han skulle bruke meg til. Jeg synes egentlig at vår utdanning er ganske flytende. Jeg tror også at folk blir usikre på hva de kan bruke oss til da.»

Her kan det virke som det at sosionomrollen er utydelig i utgangspunktet, gjør det mulig å utforme stillingene forskjellig. Samtidig kan denne friheten til å definere sin egen rolle, gjøre at utydeligheten opprettholdes overfor andre faggrupper. Samtidig er begges fokus rettet mot endringer i pasientens omgivelser.

En av sosionomene jobber som klinisk sosionom på poliklinikk. Hun har en litt annen rolle enn de andre jeg har intervjuet. Hun jobber som behandler på lik linje med psykologer og leger og andre faggrupper. Jeg synes det var interessant å spørre henne hvordan de andre faggruppene kan merke hennes sosialfaglige bakgrunn under drøftinger i teammøter. Hun viser da til at hun er i større grad opptatt av det som er vanskelig i livet utover psykisk lidelse.

«Jeg spør veldig mye om det som de andre synes kanskje er litt uvesentlig. Hvordan er det med økonomien, da? Ja men, mannen, hvor er han på banen, eller kona? Barna hvordan har de det? Barneperspektivet skal vi jo ivareta. Jeg opplever kanskje at de sosialfaglige er veldig mye mer opptatt av barna. De andre synes at det blir vanskelig og skummelt å skulle trekke inn barn og snakke om sånn vanskelige ting og det krever ofte mere jobb. Vipps blir du sittende med en bekymringsmelding til barnevernet eller samarbeid med Bup eller skole eller... Det baller veldig på seg når man begynner på det.»

Det at hun sier at hun spør om ting de andre faggruppene kan oppleve som uvesentlig er et eksempel på hvordan sosialfaglige spørsmål og betydningen av dette framstår som utydelige for andre. Det er ikke tydelig for de andre faggruppene hvorfor hun stiller disse spørsmålene. Hun som sosionom og behandler har samme fokus på hvordan personens livssituasjon påvirker psykisk helse, som de andre forskningsdeltakerne i andre roller.

6.2.3 Bestillinger fra andre faggrupper er ikke alltid treffsikre:

Under intervjuene har det kommet fram at sosionomene får sine oppgaver på forskjellige måter. Det kan være ved å delta i teammøter eller samtaler med pasient og behandler, der sosialfaglige problemstillinger kommer opp. Det kan også være ved bestillinger fra andre faggrupper som har kontakt med pasienten. Det har kommet utsagn som handler om hvor treffsikre andre faggrupper er i forhold til sine bestillinger til sosionom.

En av sosionomene som jobber på døgnavdeling forteller et eksempel fra praksis, der miljøpersonalet har henvist en pasient til henne på grunn av tannverk. Videre forteller hun:

«Jeg har opplevd det før at man tenker at en sosionom kan egentlig gjøre hva som helst. Og har peiling på arverett for eksempel eller hvordan man skal selge en bil. Det er jo ikke ting man egentlig har peiling på. Hvis man har gjeld for eksempel og trenger å kvitte seg med ting eller- jeg trenger å selge bilen min – ja men da snakker vi med sosionomen. Altså det må du gjerne gjøre, men jeg har aldri eid en bil. Vi kan finne ut hvordan vi gjør det sammen. Jeg sier jo ikke nei, det kan jeg ikke hjelpe til med, men da kan vi snakke om det. Finne ut av litt, men det må du ta med en klype salt»

Forskningsdeltakeren snakker her om arbeidsoppgaver som oppleves annerledes og utenfor det hun ville forvente å bli spurt om. Hun tar det likevel inn i sitt ansvarsområde. Det som disse forespørslene har til felles

med de som omtales som «typiske» er at de dreier seg om bekymringer eller problemer knyttet til livssituasjonen utenfor institusjonen. Faktorer som kan være til hinder for å fokusere på behandling og bedring. En sosionom på psykoavdeling forteller noe av det samme:

«Noe som jeg ikke tenkte er en typisk sosionomoppgave, det er jo kanskje ikke det, men det er i forhold til dyr. Hvis pasienter har dyr, så skal vi passe på at de er ivaretatt. Det har på en måte blitt en sånn greie som vi sosionomer har tatt tak i, men jeg kan ingenting om dyr, eller dyrevelferd eller lovverket, mattilsynet»

Utsagnet viser til at sosionomene tar ansvar når det gjelder å ta tak i det som bekymrer pasientene mest her og nå. Denne forskningsdeltakeren legger også vekt på at å hjelpe pasientene med disse tingene, er kontaktskapende, og kan åpne opp for samtaler om annet som er vanskelig i livet.

Det å hjelpe til med problemer av praktisk art, også ting som kommer uventet og er utenfor det vanlige eller typiske, gir mening for sosionomene. De tar det inn i sitt ansvarsområde fordi de mener det er viktig for pasientens bedring. Konsekvensen kan på den andre siden være at dersom alt som er til bekymring i livet, eller alt som er uutnyttede ressurser, skal være sosionomens anliggende, er det naturlig at rollen kan framstå grenseløs, altomfattende og utydelig.

Innenfor spesialisthelsetjenesten er det ofte leger og psykologer i spesialisering, som trenger praksis innenfor flere felt. Dette fører til høy grad av utskiftninger i organisasjonen. Dette kan bidra til at sosionomer stadig må forklare og tydeliggjøre sin rolle overfor nye kolleger.

«Noen ganger så kan legene spørre om vi kan gjøre visse ting, som jeg tenker ok, dette her er egentlig ikke sosionomens oppgave. De som har jobba lenge og jobba mye med sosionomer vet ofte hva sosionomer gjør. Men her er det mange inn og ut, mange turnusleger, medisinstudenter, turnusleger, LIS – leger og det er ikke alltid de vet hva en sosionom gjør. Kanskje de vet, men man skjønner vel ikke helt hva vi gjør hvis de ikke ser det. Hvis du ser et kartleggingsnotat, hva vi faktisk spør om, hvor mye vi går inn i ting, og alle de forskjellige tingene.»

Utsagnet tyder på at nye kolleger fra andre faggrupper har vanskeligheter med å forstå hva sosionomer gjør, hvis de ikke observerer det selv. Forskningsdeltakeren sier at det å se et kartleggingsnotat kan bidra til forståelse for hvordan sosionomer tenker og jobber.

6.2.4 Sosionomene selv synes rollen er utydelig og vanskelig å forklare:

Når samtalen dreier seg om sosionomrollen i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern, kommer det fram at sosionomene selv synes at rollen er utydelig og vanskelig å forklare eller avgrense. Dette gjelder både overfor pasienter og kolleger fra andre faggrupper:

«Og så syns jeg det er litt vanskelig å forklare hva en sosionom faktisk gjør. For jeg syns vi gjør så mye at noen ganger så blir det litt vanskelig å si - hva er det egentlig - hva er rollen vår?»

En av sosionomene forteller om hvordan hun forklarer sin rolle overfor pasienter:

«Ja, det er jo alltid litt vanskelig men jeg prøver å si at vi kartlegger litt situasjonen rundt og hører litt hva er du trenger hjelp til i forhold til økonomien, oppfølging ute eller bosituasjonen din, har du noe gjeld som du kunne tenkt deg å få noe hjelp til, kontakt med nav er jo noe som vi gjør veldig mye».

Utsagnet tyder på at rollen ikke kan defineres i en setning eller enkle verb, men beskrives med eksempler på ting som faller inn i fokusområdene og som pasienter generelt kan ha behov for hjelp til. utfordringen kan bli å treffe den enkelte med eksemplene. Det krever kanskje at man forstår hva som er felles ved dem, og hvordan disse kan generaliseres eller utvides til å bli relevant for den enkelte. En generalisering kan være at det handler om forhold i livssituasjonen utover psykisk lidelse som er problematiske, som står i veien for bedring, og som pasienten ønsker å endre på.

Flere av sosionomene erfarer at deres rolle er utydelig og vanskelig å forklare:

«Veldig mange aner ikke hva en sosionom gjør. Jeg opplever nok at mange er sånn - snakke med sosionom ja, men hva skal vi snakke om?»

«Da tenker jeg at en sosionom sitt kontor kan være litt sånn, her kan du spørre om litt sånn rare ting»

«veldig mange vet ikke hva en sosionom gjør, så da spør de hva gjør en sosionom egentlig, eller hva kan du gjøre for meg?»

I tillegg til at pasientene har spørsmål til hva en sosionom er og kan bidra med, mener sosionomene at det også er viktig å informere andre faggrupper.

«like mye som det er viktig med informasjon til pasientene om hva sosionomer gjør, så er det viktig for leger og sykepleiere og alle andre med informasjon om hva sosionomer gjør. Jeg tror mange lurer på det.»

Sosionomene viser et ønske om at deres rolle og hva de kan bidra med, skal være kjent for pasienter og andre faggrupper. De erfarer imidlertid at deres rolle er utydelig. Samtidig opplever de at rollen er vanskelig å artikulere og avgrense.

6.3 Brobyggere

Dette funnet handler om sosionomenes rolle som samhandlere og oversettere mellom spesialisthelsetjenesten, velferdssystemene i stat og kommune, og pasienten. Det er en rolle som beveger seg sammen med pasienten i pasientens kontekst, og hjelper til imellom systemer og viktige relasjoner i pasientens sammenheng.

Denne rollen kommer tydelig fram hos alle informantene, selv om de benevner den eller forklarer den på ulike måter. Jeg har gått gjennom materialet og funnet disse ordene som jeg mener er brukt til å beskrive denne delen av sosionomrollen:

Øversetter, brobygger, muliggjørere, formidler, samhandlingskonsulent, mediator, den som hjelper til imellom, den lille hjelperen, båtshake, magician, veiviser, back-up, psychic, koblingsperson, mellomledd, koordinator, edderkopp, los.

Dette framstår som en svært viktig og betydningsfull del av sosionomers arbeid i spesialisthelsetjenesten. Flere forteller om utfordringer knyttet til samhandling og kontakt med systemene, som kan framstå fragmenterte og lite tilgjengelige. Sosionomene har en svært viktig funksjon her, i det de har kunnskap både om psykisk helseproblematikk og velferdssystemene. De får en koordinerende rolle, og blir pasientens forlengende arm ut av spesialisthelsetjenesten.

6.3.1 Oppretter kontakt med systemene og sørger for samarbeid

Brobyggerrollen innebærer blant annet å opprette kontakt mellom pasienten og systemene utenfor spesialisthelsetjenesten.

Sosionomene hjelper pasienten med å opprette kontakt med viktige personer, for eksempel veileder i Nav, boligkontoret eller psykisk helseteam i kommunen. De tar initiativ til, og leder samarbeidsmøter med relevante aktører. Det handler om å få i gang et godt samarbeid med de som skal hjelpe pasienten videre etter utskriving:

«veldig mange blir møtt med et system og en av de viktigste tingene jeg tenker jeg kan bidra med er å legge til rette for at systemet skal fungere for deg. Jeg tenker at det er viktig fordi det er ingen som er ansatt som en generell sosionom der ute. Du kommer inn så skal du møte kanskje fem forskjellige mennesker, og så har du koordinatorene, men de fungerer jo ikke som sosionomer på samme måte som sosionom i spesialisthelsetjenesten. Så vi setter deg opp for å vinne der ute. Altså vi setter deg opp for å få best mulig kontakt med de du skal samarbeide med videre.»

For å kunne å opprette kontakt med riktige instanser og skape en sammenheng i hjelpeapparatet, kreves det utstrakt kunnskap om velferdssystemene, noe sosionomene også forteller om:

«For jeg kjenner systemet der ute og veit hvordan de tenker og jobber. Både om økonomiske rådgivere, barnevern, sosialkontor. Hvordan de tenker, hva legger de vekt på når det gjelder nødhjelp, sosialhjelp, boligspørsmål og alle de spørsmåla som ikke andre får innblikk i».

I tillegg til at systemene kan oppleves fragmenterte og lite tilgjengelige, viser sosionomene til at psykiske helseproblemer kan påvirke menneskers kapasitet til å sørge for egne interesser. De mener derfor at det er

viktig at pasientene får denne hjelpen. Det kan være i form av å ringe og avtale et møte, hjelp til skriftlige søknader eller dokumentasjonsinnhenting.

«Vi er sånn budbringer. Ofte at jeg sitter på telefonen her og pasienten tilstede og prater med Nav. På telefon. Og mange av de er jo ganske dårlige og vet ikke hva de skal ha med seg, hvordan de skal gjøre det. Så er det liksom å lose dem da, få tak i en saksbehandler, få til et møte, at de tar over mer og mer av det ansvaret.»

6.3.2 Tilgang til rettigheter

Sosionomene forteller at de ved å hjelpe pasientene på denne måten, sørger for deres tilgang til rettigheter i velferdssystemene. Noen har behov for tjenester i tillegg til spesialisthelsetjeneste. Pasienter kan mangle tilfredsstillende bolig, inntekt, oppfølging eller meningsfull aktivitet og sosial kontakt, noe som kan bidra til å opprettholde eller forverre psykiske helseproblemer.

«det vi som sosionomer bringer inn i spesialisthelsetjenesten er det at vi gir oss ikke. Det må finnes en eller annen løsning på dette. Det må finnes en kontakt inn i nav, en eller annen rettighet, en eller annen sånn, hva skal jeg si, båtshake som vi kan hive inn i den rettigheten og dra til oss. Og dra til pasienten. Det må være et eller annet som denne pasienten her kan gjøre seg nytte av. Og det skal vi finne. Og jeg tenker jo at det viktigste sosionomene i dps`et har er ut. Ut til samfunnet, ut til rettighetene, ut til tilbudene. Og hekte, og bruke båtshaken til å hekte seg fast. Vi har disse her sjørøverne som hiver sånne anker fast i andre båter og så haler de seg inn. Er ikke det en slags båtshake»

6.3.3 Fokus på pårønderarbeid

Når jeg har hatt fokus på temaet sosionomen som brobygger, er nettverksarbeid et undertema. Noen arrangerer nettverksmøter der pasienten kan invitere inn de som er viktige, det kan være familie eller personer fra hjelpeapparatet, for å komme i en åpen dialog om det som har betydning for dem. En av sosionomene som jobber på poliklinikk jobber mye med pårørende på en annen måte. Hun kan ha parsamtaler, eller pårørendesamtaler. Hun forteller en historie der pasient og behandler mente det var beste løsning å bryte kontakten med mor til pasienten. Dette fordi mor hadde hatt et alkoholproblem under pasientens oppvekst, og relasjonen var vanskelig som følge av dette. Forskningsdeltakeren forteller at hun tilbød mor samtaler, der hun hjalp henne til å forstå og tåle datterens reaksjoner, noe som bidro til at de etter hvert kunne opprettholde en viktig relasjon.

Sosionomene forteller at rollen som brobygger, forklart som en som hjelper til imellom pasienten og pasientens verden, er viktig i forhold til flere faktorer. De viser til det som kalles «flyt», noe som kan forstås som pasientens vei gjennom systemet, fra oppstart av behandling til utskrivelse. De mener at ved å jobbe med pasienten i kontekst, kan dette bidra til raskere bedring. I tillegg mener de at dette kan bidra til å motvirke at

pasienter blir «gjengangere», altså henvist på nytt etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Dersom hverdagslivet blir bedre, ved oppfølging i kommunen, bedre inntekt eller bolig, nettverk og innhold i dagene, mener de at dette kan føre til at bedringen blir mer varig. Sosionomene har fokus på hvordan forholdene rundt pasienten påvirker deres psykiske helse.

Sosionomene gir uttrykk for at pasientene setter pris på hjelpen de får til å sørge for rettigheter, oppfølging eller hjelp i viktige relasjoner. En av forskningsdeltakerne som har erfaring fra akuttavdeling, der pasientene gjerne er svært dårlige, forteller:

«Pasientene setter pris på den hjelpen de får av sosionom. Sykepleieren har kanskje tilsyn hvert kvarter, eller setter en sprøyte de ikke vil ha. Men når de har vært hos sosionom, kan de ringe hjem til pårørende og si: nå har det blitt søkt om kommunal bolig. Eller: nå har sosionomen sørget for at ruskonsulenten kommer på besøk i morgen.»

Samtidig som sosionomene mener at det er viktig å jobbe for bedre livskvalitet ved for eksempel bedre bolig eller kontakt med viktige relasjoner mener de altså at pasienter setter pris på denne hjelpen. Det å løse opp i bekymringer og få mulighet til å ringe hjem til pårørende med gode nyheter, kan være ting som gir grunnlag for håp for pasienten, noe som har betydning for psykisk helse.

6.4 Et ønske om tverrfaglighet og anerkjennelse

Pasienter kommer til spesialisthelsetjenesten for utredning og behandling av psykisk lidelse. På bakgrunn av dette er det interessant å undersøke hvordan sosionomene innenfor psykisk helsevern snakker om behandling. Når sosionomene snakker om behandling kommer det fram at de skiller mellom en medisinsk forståelse av pasienten og egen forståelse. De har et ønske om mer anerkjennelse for sitt faglige perspektiv og en mer tverrfaglig og helhetlig holdning til behandling. Hovedtemaet er ønsket om anerkjennelse for sitt faglige perspektiv i spesialisthelsetjenesten. Undertemaene viser til hva de mener skiller deres perspektiv fra det medisinske, altså hva de mener er viktig og som de ønsker å bringe inn i behandlingen av pasientene. De tre undertemaene jeg har funnet er: Å forstå pasienten i et helhetsperspektiv, fokus på ressurser framfor sykdom, samt å ha «ekspertfrakken på siden», eller være på linje med pasienten.

6.4.1 Helhetsperspektiv

Det første jeg fant da jeg undersøkte hvordan sosionomene snakker om behandling, var at de skiller mellom det medisinske perspektivet, som fremstilles som diagnose- og individrettet, og eget sosialfaglig perspektiv, som handler om en helhetlig forståelse av pasienten i sin kontekst. Dette er uavhengig av om de jobber som behandlere eller kun med sosialfaglige oppgaver. De mener at det medisinske og psykologiske perspektivet er viktig, men at å jobbe med pasienten i kontekst er et betydningsfullt bidrag i pasientens bedringsprosess:

«Det helhetlige perspektivet. Det er det første som slår meg. At det er for mye fokus nettopp på diagnose. Jeg forstår at man må ha det, for det utløser en del rettigheter og. Og behandling og riktig medisiner og hvordan man skal håndtere det her og det er akutt og det er alvorlig. Men skal man lykkes på sikt, så må man ha et bredere perspektiv. Det er det første jeg tenker»

Hun viser til noe flere av informantene nevner, at et helhetsperspektiv er viktig for at pasienten skal få det bedre på sikt og forebygge at pasienter blir gjengangere i spesialisthelsetjenesten. Her kommer de gjerne inn på hvordan sosiale forhold som familie og annet nettverk, meningsfull aktivitet og kontakt med andre mennesker, rammer i form av bolig og økonomi, og eventuell oppfølging i kommunen, påvirker psykisk helse. De snakker om viktigheten av å ha et bredere blikk på pasientens situasjon for å få til en bedring som varer.

«At bare den individuelle samtalen mente jeg ikke alltid nødvendigvis alltid ville være nok til at pasienten kom til å bli frisk fordi du har jo det systemet der ute som er likedan. Jeg tenkte at man måtte være med å endre på det systemet som er der ute for at pasienten skal ha muligheten til at det er en varig endring og ikke en kortvarig endring».

Det er en lovfestet plikt for spesialisthelsetjenesten å ha såkalt barneansvarlig personell, som skal sørge for at barn som pårørende er ivaretatt og blir fulgt opp ved behov. Flere av sosionomene har dette ansvaret ved avdelingen de jobber på, og beskriver det gjerne som en naturlig del av å være opptatt av et helhetsperspektiv:

«En side som sosionomen ofte får ansvar for i psykiatrien. Dette med barneperspektivet. Både å være oppmerksom på det, men også snakke med barn. Barna deres er en del av det større perspektivet. Det er interessant, kanskje det har noen ting med det blikket vi har, altså et større - se pasienten i et større perspektiv. Barna deres er en del av det større perspektivet».

6.4.2 Fokus på ressurser framfor sykdom

Det å ha fokus på ressurser i tillegg til sykdom og problemer, kan også forstås som en del av et helhetsperspektiv. Sosionomene formidler at dette er viktig for dem. Det kan handle om å jobbe i pasientens omgivelser for å bedre pasientens situasjon ved hjelp av velferdssystemer eller nettverk:

«jeg tror at forskjellen er at vi tenker på alt rundt pasient, om det er oppfølging, arbeid, det er barn, det er boligsituasjon, det er gjeld, familie, ja det er på en måte alt rundt. Og det sosiale, altså de sosiale forholdene, hvordan vi tenker at de påvirker inn på psykisk sykdom»

Når sosionomene snakker om hvordan sosiale forhold virker inn på psykisk helse, kan dette forstås som deres fokus på helsefremmende faktorer. Ved å legge til ressurser i pasientens kontekst, mener de at de kan bidra til bedring i pasientenes psykiske helse.

I tillegg til å jobbe med ressurser i pasientens kontekst, har de også fokus på pasientens egne ressurser. Dette viser til en holdning om at mennesker ikke er enten syke eller friske, men at pasienter også har friske sider, som sosionomene vil hjelpe dem å ta i bruk:

«Men altså at vi kan være det som den friske delen av mange av pasientene da, til å si at jo det her er en dør som du kan sjekke, det her er informasjon du kan tilegne deg».

6.4.3 Ekspertfrakken på siden

I tillegg kommer det fram en holdning som handler om viktigheten av å være på linje med pasienten, og ikke innta en ekspertrolle. Dette blir også satt opp som en motsetning til det medisinske perspektivet, der helsepersonell framstår som eksperten som skal behandle individet. Ydmykhet og respekt framtrer som kjerneverdier for sosionomene, det er viktig for dem å møte pasienten med likeverdighet i hjelperelasjonen.

«Det sosialfaglige perspektivet som sier at vi skal hjelpe folk til å ta del i de rettighetene de har og godta de sånn som de er istedenfor hele tiden å påføre de nederlag på nederlag på nederlag. Ut ifra en holdning om at jeg vet hva som feiler deg og jeg skal reparere deg. Sånn at du blir som oss andre».

«For det handler om å være åpen for andres perspektiver. Og la den der ekspertfrakken henge litt på siden. Og ta den fram når det trengs. Ikke hele tida. Så er det det at jeg kan ikke vite hva som er best for deg. Og der skiller vi oss veldig fra den medisinske biologiske tradisjonen. Som er spesialisten mest som skal vite bedre.»

Sosionomene snakker her om alternative måter å møte mennesker som kan oppleves annerledes eller på siden av det vanlige. Noen mennesker med psykiske lidelser, spesielt de med alvorlige og langvarige lidelser kan oppleve marginalisering. Slik jeg forstår sosionomene, ønsker de et samfunn som er mer åpent for mangfold. Et utvidet normalitetsbegrep, der ikke alle trenger å være som alle andre. De ønsker at endringer skal komme ut fra personens egne ønsker og perspektiv, knyttet til hva som kjennetegner et godt liv for den enkelte. I tillegg kan endringer like gjerne være i konteksten, framfor at det er pasienten som skal endre seg. De formidler en respekt for forskjeller, og flere av sosionomene viser også til en holdning om å etterstrebe likeverd i hjelperelasjonen:

«Kanskje det er mye kategorisering. Det er det jeg kunne ønsket var annerledes. At man tenkte mye mer på relasjoner, mye mer på kontekst og å møte pasienter som et medmenneske og ikke ovenfra og ned. Du merker det veldig godt når en behandler snakker med en pasient og det er veldig - ok, du er pasient og jeg er behandler. Mens jeg er litt mer opptatt av at vi er like».

En av sosionomene jobber som klinisk sosionom på poliklinikk, hun er altså behandler på lik linje med psykologer, leger og sykepleiere. Hun har mye å si om ydmykhet og respekt for pasienten, det å lytte seg inn til hva som er viktig for den enkelte:

«behandling er litt som å lage musikk. Hvis jeg har lyst til å spille en tango og du trenger en vals, så blir det en veldig dårlig og rar behandling. Så det er noe med å prøve å lytte seg litt inn. Der hvor pasienten er. Det hjelper ikke om jeg kjører i vei med aldri så fine teknikker og metoder, hvis pasienten er et annet sted».

Hun er opptatt av at hun ser pasientene som likeverdige medmennesker og sier at det kan være tilfeldig hvem som sitter på hvilken side av bordet. Hun legger vekt på å møte pasienten med kjærlighet, respekt og ydmykhet og ekte engasjement, framfor «å følge modeller». Hun snakker her om kjerneverdier innenfor sosialt arbeid og hva som kjennetegner sosialfaglig perspektiv.

«jeg tror vi, på grunn av vår oppdragelse, med ydmykhet, med det å spille på mange strenger – jeg tror at vi kan klare å lage musikken, rett som det er, sammen med pasientene»

6.4.4 Ønske om anerkjennelse og tverrfaglig perspektiv

Når temaet er behandling, tolker jeg det slik at sosionomene opplever å ha lav status i spesialisthelsetjenesten. De opplever å være få, og at de står i fare for å bli byttet ut av andre faggrupper, psykologer og leger.

Det kommer samtidig fram historier som tyder på at det de gjør blir satt stor pris på av pasienter og kolleger. Alle er tydelige på at de opplever at det sosialfaglige perspektivet er viktig i psykisk helsevern. Det kommer i denne sammenhengen også fram et ønske om større anerkjennelse fra andre faggrupper for dette perspektivet, og at det skal bli en større del av tenkningen generelt.

«Jeg er opptatt av det tverrfaglige, altså den anerkjennelsen av at det vi har å bringe inn i forståelsen av en person og personens liv, blir anerkjent og tatt med og at vi får rom til å utvikle det sammen med de andre faggruppene. Og vi har jo organisert spesialisthelsetjenesten bort ifra et sosialfaglig perspektiv. Vi har jo organisert det inn i det medisinske perspektivet. Hvor det bare er psykiatere og psykologspesialister som på en måte er definert som behandlere. Jeg tror det er en ressursøding».

Sosionomene ønsker tverrfaglighet og vil være en naturlig del av drøftinger som dreier seg om pasientens bedringsprosess. Selv om pasienter, pårørende og myndigheter ønsker en mer helhetlig tilnærming, vises det her til at det fortsatt er det medisinske perspektivet som dominerer, og at det er en dreining bort fra sosialfag som relevant i psykisk helsevern. Sosionomene mener det er mye å vinne på en mer helhetlig og tverrfaglig tilnærming. De snakker om sosionomens kompetanse som en uutnyttet ressurs i spesialisthelsetjenesten og at deres helhetlige perspektiv og bredde i fokusområder ikke blir anerkjent som et viktig bidrag i behandlingen.

«Jeg kunne vel ønske meg at måten man tenker på hadde vært annerledes. Her er det veldig individorientert. Det er pasienten man forholder seg til, det er pasienten man skal behandle. Men det er jo mye mer. Jeg føler det er noe som mangler i måten vi jobber på her. Det er noe som gjør at pasienter ikke blir bedre eller bedre

enn det de blir. Jeg tenker at potensialet ligger der, men man bruker det ikke. Det er så mange som kommer inn igjen, stadig inn igjen. Og da er det jo noe som ikke fungerer. Jeg tenker har det noe med hvordan vi tenker å gjøre, hvordan vi behandler folk».

Sosionomene mener at den medisinske individorienterte tilnærmingen kommer til kort når det gjelder å oppnå en varig bedring i menneskers livskvalitet og helse. De opplever at de har mye å bidra med i behandlingen av pasientene, og det kommer fram et ønske om at det skal bli en integrert del av tenkningen at pasienten består av veldig mye mer enn sitt psykiske problem. Likevel blir deres sosialfaglige bidrag ikke anerkjent som like viktig, og sosionomene opplever lav status i systemet.

«Jeg tenker at jeg har mer tro på at de er to forskjellige fagprofesjoner inne i en førstegangssamtale enn samme fagprofesjon, for da har man litt de samme radarene ute. Hvis jeg er sammen med psykiateren så er jeg sosionomen - eller psykologen, så er jeg sosionomen. Altså vi kan fylle hverandre ut, og så kan vi drøfte etterpå. Jeg personlig syns vi har lav status. Vi er viktige når det er noe viktig som tas tak i, men ellers så er vi litt på sidelinjen. Det føler jeg».

Det uttrykkes en viss ambivalens i forhold til viktigheten av sosionomenes bidrag. Det kommer fram at de selv mener deres bidrag er viktig, og blir satt pris på av pasienter og andre faggrupper. Likevel opplever de lav status, og at de ikke er likestilt med andre faggrupper. De forteller at de er viktige når det er noe som skal tas tak i, det kan handle om praktiske ting:

«De vil helst at du skal drive litt med nav ting da og avhjelpe dem, at de får orden på økonomi og bolig. Det er det behandlerne i utgangspunktet ønsker med en sosionomstilling. Så de slipper å forholde seg til det, så de kan drive med behandling og ikke alt det praktiske da».

Det kan virke som sosionomene opplever at deres rolle blir redusert til å handle om å hjelpe til med praktiske ting, noe som har lav status i systemet de jobber innenfor. De driver ikke med det som er den egentlige oppgaven i spesialisthelsetjenesten, nemlig evidensbasert utredning og behandling. Det kan være vanskelig å peke på effekten av en sosialfaglig intervensjon. Dersom de ikke selv deltar i drøftinger og vurderer hva som er hensiktsmessig sammen med pasienten, men handler på bestilling fra andre faggrupper, kan det framstå som sosionomer er en gruppe som løser praktiske problemer basert på andres vurderinger.

Sosionomene er bekymret for utviklingen for sosialfag i spesialisthelsetjenesten. Flere viser til at de allerede er få, og at de ser en nedgang i antall sosionomer, ved at sosionomer som slutter, blir erstattet av psykologer eller leger.

«Og det er jo vanskelig også innimellom. Det å stå i at du er underbetalt svært sjelden vare. Et lite arbeidsmiljø og konstant trussel om at vi kanskje må omorganisere og den ressursen må ut.»

«Hos oss har de tatt to psykologstillinger og tatt en overlege isteden. Altså, og det er en litt sånn skummel utvikling hvis det skal ligge på så veldig høyt nivå for de gjør ikke de oppgavene vi gjør. Jeg bare tenker at sosionomens rolle er kjempeviktig. Når noen begynte å rasle med sabla at den, den skal vekk»

De viser til en utvikling i retning av mer spesialisering og mindre mangfold i faglige perspektiver. Min tolkning er at de bekymrer seg for dette fordi det vil føre til en mer ensidig forståelse av mennesker med psykiske helseproblemer, og en dreining bort fra å se pasienten i et helhetsperspektiv, noe de mener har stor betydning for varig bedring.

(Veilederen Sammen om mestring fra Helsedirektoratet (3/2014) er en videreføring av opptrappingsplanen der det legges føringer for en helhetlig og kontekstuell måte å tenke om psykisk helse. Denne veilederen retter seg både mot kommune- og spesialisthelsetjeneste. I tillegg til spesialisert behandling, er også det å fremme folkehelse en oppgave for spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven § 2 – 1 a, andre ledd, Lovdata.no).

Kapittel 7

Drøfting av resultater

7.1 Innledning

Mine funn viser at sosionomer har en viktig rolle i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Kunnskapsgrunnlaget for sosionomer består av både vitenskapelig basert kunnskap og praksisbasert erfaringskunnskap. De hjelper pasienter i deres kontekst med det som er vanskelig i livet, og som kan påvirke psykisk helse. Likevel opplever de at deres rolle og kunnskapsgrunnlag er utydelig og vanskelig å artikulere og avgrense. Deres bidrag blir satt pris på av pasienter og kolleger med annen fagbakgrunn, likevel opplever de å ha lav status i spesialisthelsetjenesten. De har et ønske om mer anerkjennelse for sitt faglige perspektiv, og mer reell tverrfaglighet. Jeg vil i det følgende drøfte mine funn i lys av sosialt arbeids teori, psykisk helsearbeids teori, samt profesjonsteori. Målet er å forsøke å få en utvidet forståelse av hva mine funn handler om, og hvorfor det er vanskelig å inkludere et kontekstuellt perspektiv i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern, noe som er ønsket av pasienter, pårørende og myndigheter.

7.1.1 Medisinsk perspektiv versus kontekstuellt perspektiv

Psykisk helsefeltet er altså preget av to ulike modeller for forståelse og behandling, det medisinske og det kontekstuelle (Bøe og Thomassen, 2017). Det er den medisinske modellen som tradisjonelt har vært, og fortsatt er rådende (Karlsson og Borg, 2013). Både leger og psykologer er profesjoner med sterk forankring i

naturvitenskapelig utviklede teorier og spesifikke modeller for behandling av psykiske lidelser (Halås m. fl., 2017).

Det medisinske og det kontekstuelle perspektivet har forskjellig utgangspunkt i hva viktig kunnskap er (Bøe og Thomassen, 2017). Kunnskapsidealet innenfor medisin og psykologi er teori utviklet gjennom forskning, der noen vitenskapelige metoder ansees som mer pålitelige og gyldige enn andre (Halås m. fl., 2017). Bøe og Thomassen (2017) kaller dette for utenfrakunnskap, som hvis den får stå alene, kan betegnes som kontekstuavhengig, altså uavhengig av variabler som pasientens livssituasjon og personlighet. Idealet er å finne behandlingsmetoden som gir best resultat for gjennomsnittspasienten (Halås m. fl., 2017). I et kontekstuellt perspektiv på psykisk helse er det først i møte med menneskers innenfrakunnskap at fagpersonens kompetanse eventuelt kan bli meningsfull (Bøe og Thomassen, 2017). I dette perspektivet er kunnskapen som danner grunnlag for arbeidet alltid personlig, individuell og situasjonsavhengig.

I faget psykisk helsearbeid rettes fokus mot betydningen hverdagsliv og sosial kontekst har for psykisk helse (Borge m. fl., 2018). Faget handler ikke kun om bekjempelse av sykdom, men også hva som er helsefremmende og forebyggende (Hatling, 2011). Det er mennesker i kontekst som opplever psykiske helseproblemer, og i tillegg til behandling er det nødvendig med tiltak som retter seg mot personens livssituasjon (Karlsson og Borg 2013). Sosionomer er forankret i en kontekstuell forståelse av psykisk helse. Dette kommer til syne når sosionomene jeg har snakket med, forteller om stor bredde i fokusområder, og hvordan de mener at menneskers levekår i form av økonomi, bolig, nettverk og aktivitet, har betydning for menneskers psykiske helse.

Selv om et kontekstuellt perspektiv på psykiske helse er ønsket av myndigheter og brukerorganisasjoner, kan det virke som det er lite forstått og verdsatt i spesialisthelsetjenesten. Noe som kan ha bidratt til dette, er troen på den naturvitenskapelige entydiggjøringen i form av kvantitativ forskning og diagnostikk. Myndigheter og faglige prosesser kan ha bidratt til troen på denne typen kunnskap. Dette er gjerne knyttet til kostnadseffektivitet i form av tid og økonomi gjennom bruk av manualer og fastlagte terapeutiske intervensjoner (Karlsson og Borg, 2013). Dette kan tyde på at det er to målsetninger i virksomhet samtidig, som kan virke motstridende.

7.1.2 Spesialistkunnskap versus generalistkunnskap

Der spesialisthelsetjenesten er preget av spesialistkunnskap, som kan framstå som entydig og uttrykt gjennom ekspertspråk, er utdanningen til sosionomer en tverrfaglig generalistutdanning som låner kunnskap og metoder fra flere fag (Hansen og Solem, 2017). Sosionomer er påvirket av systemteori, og analyseenheten til sosialt arbeid er person i situasjon. I et system som fokuserer på effektiv spesialisert behandling, kan dette virke kompliserende (Karlsson og Borg, 2013). Det som er komplisert og flertydig, kan også framstå som

utydelig, noe som kommer til uttrykk når sosionomene prøver å forklare sin rolle og kunnskapsgrunnlag. I møte med spesialistene, blir sosionomenes generalistkunnskap utydelig.

Sosialt arbeids helhetsperspektiv fokuserer på både individ og samfunn ved at personer forstås ut fra kontekst og livssituasjon. Det er et stort mangfold av faktorer som påvirker enkeltmenneskers hverdag (Hansen og Solem, 2017). Denne måten å tenke på gjør at det er helt umulig å sette seg helt inn i en annens sted og gir rom for å lytte til hvordan den andre skaper mening i sitt liv. Selve kompleksiteten og bredden i fokusområder er med på å bidra til at faget fremstår som utydelig og vanskelig å forklare.

Det er et universelt problem for sosialarbeidere som jobber innenfor psykisk helsevern å definere sin rolle (O'Brien, 2010) De kommer i skyggen av helsepersonell og blir utydelige. Det er en manglende avgrensning av faget, sosialarbeidere gjør «litt av alt» og har ikke egne spesialiserte oppgaver som kun de kan utføre, noe som er et kjennetegn ved det som blir omtalt som sterke profesjoner (Molander og Terum, 2008). De har også problemer med å sette grenser opp mot oppgaver de ikke gjør. Dette kommer tydelig fram i intervjuene, spesielt når sosionomene forteller hvordan de tar hånd om uventede bestillinger, som hjelp til tannlege, bilsalg og dyrevern.

Selv om fokus på både individ, grupper og samfunn er det som er med på å definere faget sosialt arbeid, kan det også være det som gjør at det kan virke vagt og med flytende grenser. Faget kan være vanskelig å forstå for andre faggrupper, når spørsmålet om hva sosialt arbeid er, må besvares med forklaringer om hva man gjør, heller enn et enkelt verb (Levin, 2006) Et eksempel på dette er når sosionomene jeg har intervjuet forteller om hvordan de forklarer sin rolle overfor pasienter.

De prøver å sette ord på hva sosialt arbeid er ved å gi eksempler på hva det kan innebære, samtidig som en av sosionomene sier at andre ikke kan forstå hva de gjør, hvis de ikke ser det.

Eksempelet viser at det kan være et gap mellom det vi vet, og det som kan verbaliseres (Molander og Terum, 2008) Forfatterne viser til den ungarske filosofen Michael Polanyi som sier at vi kan vite mer enn vi kan si. Det er ikke all kunnskap som kan verbaliseres, men som må artikuleres på andre måter, for eksempel ved å vise hva vi kan, noe som krever fysisk nærvær av de ting som kunnskapen gjelder. Dette betyr, ifølge forfatterne, ikke at språket ikke spiller en rolle. Språk er mer enn forholdet mellom beskrivelser, og det de beskriver. En dominerende måte å forstå vitenskap på er å betrakte bekreftede teorier som representasjoner av virkeligheten. Det er ikke all kunnskap som passer inn i denne modellen. Kunnskap kan vurderes ut fra kvaliteten på det man gjør fordi kunnskapen ligger innbakt i de praktiske aktivitetene. Et eksempel fra medisin, er å gjenkjenne uregelmessigheter i hjertelyd. Dette er ikke noe man kun kan sette seg inn i teoretisk, det krever læring i praksis og opparbeidelse av erfaring.

En grunn til at sosialt arbeid som fag blir utydelig kan være at sosialarbeidere gjerne jobber ut fra uuttalte motiver og «tatt for gitt» antakelser i arbeidet (Morriss, 2017). Det er dette Levin (2006) kaller taus kunnskap,

som viser til kunnskap som er basert på etikk og skjønn som er et resultat av både teoretisk kunnskap og erfaring.

Praktisk profesjonskunnskap kommer til uttrykk gjennom handling, gjerne på en innforstått måte, og det er ikke alltid profesjonsutøveren selv kan gi uttrykk for hva denne kunnskapen består i (Halås m. fl., 2017). Arbeidsoppgavene krever utøvelse av skjønn og dømmekraft i tillegg til formalisert kunnskap (Molander og Terum, 2008).

Begrepet phronesis, som er basert på Arisoteles tenkning viser til en form for kunnskap som handler om klokskap, praktisk visdom, praktisk skjønn og dømmekraft. Det ligger til grunn at vi er sosiale vesener, og fordi praksis er handling i et mellommenneskelig felt, er utøvelse av praktisk fornuft, eller phronesis, en etisk aktivitet (Thomassen, 2006). Der teoretisk viten er kunnskap om det allmenne, det som ikke kan være annerledes, er phronesis kunnskap om det situasjonsavhengige og konkrete, det som alltid kan være annerledes. Oppøvelsen av praktisk skjønn og dømmekraft skjer gjennom en erfaringsprosess og består av mangfoldig kunnskap. Nøyaktig hva som inngår i utøvelsen av praktisk skjønn kan være vanskelig å formulere. Utdanning spiller også en rolle i fortolkningen av individuelle situasjoner, fordi vi blir skolert til å se etter bestemte forhold på bestemte måter (Andersen, 2018)

Det at utøvelsen av praktisk skjønn og dømmekraft består både av mangfoldig kunnskap og erfaring, kan være en grunn til at den er vanskelig å artikulere. Kunnskapsgrunnlaget er løst sammensatt og uoversiktlig og kommer til uttrykk som en helhet gjennom handling. Det er bare mulig å fokusere på og artikulere deler av kunnskapssystemet til enhver tid (Molander og Terum, 2008). Der kunnskapsgrunnlaget kommer til uttrykk gjennom handling, heller enn at det blir artikulert og begrunnet, kan kompetansen eller rollen framstå utydelig for andre faggrupper.

Et eksempel på hvordan utøvelse av skjønn og praktisk dømmekraft kommer til uttrykk hos sosionomene jeg har intervjuet, er når jeg spør den som jobber som behandler på poliklinikk om hvordan kolleger kan merke hennes sosialfaglige bakgrunn. Hun sier at hun spør om ting som de andre behandlerne, som stort sett har helsefaglig bakgrunn og overveiende er psykologer og leger, oppfatter som uvesentlig og kompliserende. Disse spørsmålene dreier seg om situasjonen pasienten står i, framfor indre psykisk tilstand. Hun sier også at hun prøver å lytte seg inn, der pasienten er, og at det ikke nytter med teknikker og metoder hvis pasienten er «et annet sted».

Der både kunnskap og etikk er viktige komponenter i profesjonell selvforståelse, har sosionomer problemer med sin profesjonelle identitet knyttet til det vestlige kunnskapsidealet (Fossestøl, 2018). Dette idealet er preget av en teknisk – rasjonell forståelse og forskningsbasert teori og kunnskap. Man kan tenke seg at dette problemet blir tydelig i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern, hvor sosionomer stort sett jobber sammen med profesjoner der dette paradigmet står spesielt sterkt.

For å tydeliggjøre sosionomers rolle innenfor psykisk helsevern, anbefaler Lisa Morriss (2017) refleksiv veiledning over praksis. Det kan være nyttig å bringe refleksjon over praksis og forskningsbasert kunnskap nærmere hverandre (Rushton og Beaumont, 2002). Morriss (2017) skriver at veiledning bør bli gitt av noen med sosialfaglig bakgrunn fordi kun de som har erfaring med det vet hva det betyr. Dette kan være en utfordring, i det sosionomene innenfor spesialisthelsetjenesten er få, gjerne alene på sin avdeling sammen med helsefaglige kolleger. En løsning på dette kan være å gå inn for å skape faglige fellesskap på tvers av avdelinger.

Psykisk helsearbeid kan forstås som et paraplybegrep for ulike tilnærminger som er rettet mot å fremme og bedre menneskers psykiske helse (Andersen, 2018). Kunnskapsgrunnlaget for psykisk helsearbeid skal være tverrfaglig og annerledes enn tradisjonelle medisinske kunnskapen på feltet (Karlsson og Borg, 2013). Sosialt arbeid er også et fag som låner teorier og begreper fra andre fag, og kan omtales som et tverrfaglig lånefag (Fjeldheim m. fl., 2015). Helhetsperspektiv og generalistkunnskap kjennetegner profesjonen (Hansen og Solem, 2017) Sosionomer innenfor spesialisthelsetjenesten er altså å forstå som generalister i en kontekst, der evidensbasert kunnskap er mer verdsatt og framstår tydeligere, ved at den er evidensbasert, altså «bevist», og artikulert gjennom et ekspertpråk. Der medisin også låner fra andre fag, kjemi, biologi og psykologi, blir mer av alt, sosialt arbeid blir mindre av alt. Sosionomer kommer i en posisjon der det blir oppfattet som at faget ikke har egne teoretiske bidrag, som et rent praktisk fag eller et fag som forholder seg kun til lånt vitenskap (Fjeldheim m. fl., 2015).

7.1.3 Vitenskapelig basert kunnskap og praksiskunnskap

Det er to klassiske modeller for å forstå forholdet mellom teori og praksis. Medisin har sterkt innslag av tenkingen om praksis som utøvelse av teori. Psykologien har også et tett forhold mellom vitenskap og profesjon. I dette perspektivet blir teori det primære. I den andre modellen er praktisk kunnskap primær, og teori springer ut fra praktisk kunnskap og kan ikke løsrives fra denne (Molander og Terum, 2008). I praksisbaserte profesjoner, som sosionom, er gjerne et kjennetegn ved kunnskapen som tas i bruk, at den er heterogen og teoretisk fragmentert (Halås m. fl. 2017). Det kan være liten eller ingen teoretisk integrasjon mellom vitenskapene utdanningene bygger på (Molander og Terum, 2008). Som et eksempel inneholder sosionomutdanningen kunnskap fra både psykologi, jus og sosiologi. I tillegg kan samfunnsvitenskapelige og humanistiske fag sosialt arbeid bygger på, selv være teoretisk fragmenterte. Man kan tenke seg at dette er med på å bidra til at kunnskapsgrunnlaget blir utydelig for andre.

I praksis handler det om å handle med dømmekraft i uforutsigbare og komplekse situasjoner og evne til kritisk selvstendig tenkning (Andersen, 2018). Kunnskapsgrunnlaget er satt sammen fordi de er nødvendige for å gjennomføre bestemte oppgaver, ikke fordi de er godt teoretisk begrunnet. Hvilke kunnskapselementer det er

relevant å knytte sammen i en profesjons kunnskapsgrunnlag, er derfor knyttet til handling og praksis (Molander og Terum, 2008).

Ved å gå inn i et av mine hovedfunn om sosionomen som brobygger i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern, ønsker jeg å forsøke å vise hvordan teori og begreper som er viktig i sosialt arbeid, kan komme til uttrykk i praksis.

Alle sosionomene jeg har intervjuet forteller om erfaringer knyttet til å ha en rolle som kan forstås som å stå imellom pasienten i spesialisthelsetjenesten og verden utenfor, som en slags brobygger eller koordinator. Som funnene viser er det et bredt spekter av ord som jeg tolker å skulle vise til eller forklare denne posisjonen. Det innbefatter arbeid med pasientens rettigheter i velferdssystemene, samarbeid med andre i hjelpeapparatet, som nav og kommune, samt kontakt med pårørende, nettverksmøter og ansvar for at pasienters barn følges opp. Dette framstår som en svært viktig rolle for sosionomene.

Fokuset på situasjonen pasienten står i, fremfor indre psykisk tilstand, kan forstås som fokus på sosialt arbeids analyseenhet: person i situasjon. Det handler om relasjoner mellom mennesker og samfunn (Hansen og Solem 2017). Oppmerksomheten er rettet, ikke kun mot individet, men til konteksten individet står i og interaksjonen imellom (Cornell 2006). Her blir tverrfagligheten i faget synlig. Kunnskap om individet kan i denne sammenhengen hentes fra psykologien, og kunnskap om samfunnet fra sosiologi. Det er det som foregår i interaksjonen mellom individ og samfunn, og hvordan disse påvirker hverandre som er sosialt arbeids eget fokusområde (Levin, 2004)

Fokuset på person i situasjon har historisk vært et av sosialt arbeids spenningsfelt, der hovedvekt har vært mot vekselvis individ og samfunn, ut fra påvirkning fra forskjellige teorier (Levin 2006). Selv om dette er et spenningsfelt, som har skapt problemer innad i profesjonen, er det også det som har blitt brukt for å forene eller integrere faget (Cornell 2006).

For Mary Richmond, en av grunnleggerne for sosialt arbeid som profesjon, var det viktig å jobbe direkte i relasjon med den hjelpesøkende, men også med «indirekte intervensjoner» (Cornell 2006) ved bruk av ressurser i miljøet. Sosial reform var viktig, men også å hjelpe til der det var mangler i systemene i den enkelte sak. På lik linje med å jobbe for at pasienter skal ha et sted å bo, en inntekt eller hjelp til gjeldsproblemer, er familie- og pårørendesamtaler en måte å jobbe med pasientens nære situasjon.

Den tverrfaglige generalistutdanningen som låner kunnskap og metoder fra flere fag gjør sosionomer i stand til å koordinere arbeid i vanskelige og sammensatte saker. I tillegg til å hjelpe til med interaksjon mellom bruker og systemer, har sosionomen ofte en rolle i å bistå med transaksjoner mellom systemer. Her er både helhetsperspektiv og tverrfaglig generalistkunnskap som hjelper sosionomen til å kjenne andre faggruppers kompetanse hjelpsomt, i tillegg til å vite hva som skal til for å få til endring i menneskers livssituasjon.

Relasjonskompetansen legger til rette for å få til gode samarbeidsrelasjoner og god samhandling mellom aktuelle aktører i systemene (Hansen og Solem, 2017).

Systemteori, som ble introdusert i sosialt arbeid i 1960 – årene, brukes til å forstå hvordan individ og sosiale forhold er tett forbundet og påvirker hverandre gjensidig. Det er altså ikke bare slik at den ene påvirker den andre, de er uløselig knyttet sammen og alt henger sammen med alt. Konteksten forstås altså som noe personen inngår i (Levin, 2006). Denne måten å tenke på bidrar til sosionomers brede helhetsforståelse (Hansen og Solem, 2017).

En av teoriene sosialt arbeid er påvirket av er Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell, som har et systemisk perspektiv på sosialisering (Hutchinson og Oftedal, 2017). Denne modellen er systemisk fordi den viser til at alle ledd gjensidig påvirker hverandre. Ved å endre noe i deler av systemet, vil dette forskyve seg og komme til syne i andre deler. Bronfenbrenner deler systemene inn i fire, der mikrosystemet, er preget av ansikt-til-ansikt møter, gjerne i nære relasjoner, som i familien. Mesonivået er forholdet eller overlappingen mellom to eller flere mikrosituasjoner, som familie og arbeidsplass. Eksosystemet er situasjoner som påvirker den det gjelder, uten at personen nødvendigvis er tilstede selv. Når det gjelder barn, kan dette være foreldrenes arbeidsplass, eller på en poliklinikk innenfor psykisk helsevern, for den del. Den ytterste sirkelen i systemene, omtaler Bronfenbrenner som Makrosystemet. Dette handler om økonomisk og politisk situasjon, verdier, tradisjoner og mønstre i storsamfunnet, som også påvirker menneskers liv (Hutchinson og Oftedal, 2017).

Målet for sosialt arbeid kan ofte være å sørge for samhandling mellom systemene slik at mikrosystem og eksosystem, kan bli mer meso. Dette kommer til uttrykk i brobyggerrollen, der sosionomene har fokus på å sette pasienter i kontakt med viktige personer i velferdssystemene og holde nettverksmøter. En slik økologisk systemforståelse har bakgrunn fra biologien, men her satt inn i en sosiologisk forståelsesramme.

Familie- og nettverksperspektiv er et kjerneelement i psykisk helsearbeid. Sammen med pasienten er pårørende de viktigste aktørene, og det er på grunnlag av deres mål, behov og forståelse av egen situasjon som skal danne grunnlaget for hva man ønsker å jobbe med (Borge m. fl., 2018).

Sosionomer er opptatt av familiearbeid og inkluderer gjerne pårørende i sitt arbeid. De er opptatt av hvordan sykdom påvirker viktige relasjoner og hvordan sykdom for eksempel kan påvirke foreldrerollen (O'Brien, 2010, Bland og Renouf, 2001). Når sosionomene er opptatt av mestring og ressurser, er folks sosiale nettverk en naturlig del av dette (Hansen og Solem, 2018). Når det er snakk om indirekte intervensjoner ved bruk av ressurser i miljøet, kan pasientenes sosiale private nettverk være en viktig del av dette. Det handler om å mobilisere ressurser i miljøet rundt personen (Cornell, 2006).

Som en del av sin rolle som «mekler» i interaksjonen mellom systemer og brukere skal sosionomer også kunne hjelpe til med søknader og oversettelse av vedtak fra det offentlige som kan inneholde fagspråk og

juridisk språk (Hansen og Solem, 2017). Her kommer sosionomers juridiske kompetanse til nytte. Det handler ikke bare om å lære om spesielle lover som forvaltningslov og lov om barnevern, men det å kunne finne fram i, tolke og forstå lovverk opp mot hverandre.

Menneskerettigheter og sosial rettferdighet er kjerneverdier i sosialt arbeid (Rushton og Beaumont, 2002). Selve utdanningen er tuftet på menneskerettighetene og sosionomer er opptatt av at menneskers rettigheter blir ivaretatt og det å gjøre tjenester tilgjengelige for dem (Bland og Renouf, 2001). Dette har altså lange tradisjoner innenfor sosialt arbeid og er en sterk del av fagets identitet. Andre fag har også begynt å integrere denne tenkningen, men det er først i starten av 2000 – tallet at menneskerettigheter har fått betydning innenfor psykisk helsevern i Norge (Andersen, 2018).

Kunnskapen sosionomene har om velferdssystemer og rettigheter kan sies å utgjøre en maktfaktor. Sosionomen kan bruke sin kunnskap om lovverk og hjelpesystemer til å gi pasienten innsikt og handlingskompetanse til å sørge for egne rettigheter. Når sosionomene deler sin kunnskap om systemene, finner fram til rettigheter og setter pasientene i kontakt med viktige personer i hjelpeapparatet, kan det vise til begrepet empowerment, som er en viktig del av sosialt arbeids identitet (Hansen og Solem, 2017). Fravær av empowerment innebærer avmakt og en opplevelse av å ikke ha kontroll i eget liv (Tallaksen, 2014). Målet er å få tilbake denne makten og kontrollen. Det å mobilisere ressurser for pasienten i omgivelsene er viktig og kan virke frigjørende. Det å hjelpe pasientene til å endre strukturer rundt seg heller enn å tilpasse seg omgivelsene slik de er, kan bidra til mer empowerment (Cornell, 2006). Makt kan forstås som noe man gjør, ikke har eller blir gitt (Levin, 2006). Ved å tenke på makt i et handlingsperspektiv eller som en aktivitet, vil det være mulig å gjøre noe annerledes. Pasienten kan ta mer makt og kontroll over eget liv og opptre som et subjekt overfor omgivelsene. Dette er nært knyttet til ideen om hjelp til selvhjelp, noe som er viktig innenfor empowermentttenkning, der personene er ansett for å være aktive aktører, ikke passive mottakere av hjelp (Askheim og Starrin, 2003).

I praktiske profesjonsfag er teoretisk kunnskap viktig, men må alltid filtreres gjennom selvrefleksjon, en forståelse av kontekst og de etiske aspektene ved hver enkelt situasjon (Fossestøl, 2018). I en slik forståelse er det etiske aspektet kjernen i profesjonell virksomhet. Der phronesis viser til denne formen for praktisk kunnskap eller dømmekraft, viser begrepet episteme til teoretisk fundert kunnskap (Thomassen, 2006). Sosialt arbeid er forankret i både episteme og phronesis, men har vanskeligheter med å artikulere hva selve kunnskapsgrunnlaget for faget består i.

7.1.4 Hvorfor erfarer sosionomene lav status i spesialisthelsetjenesten?

Det at profesjonene er forankret i forskjellige perspektiver på psykisk helse, det medisinske og det kontekstuelle, kan også være med på å forklare hvorfor sosionomene erfarer lav status i spesialisthelsetjenesten. Det bunner i en oppfatning av hva gyldig og viktig kunnskap er. Hva som er viktig

kunnskap besvares forskjellig i det medisinske og det kontekstuelle perspektivet på psykisk helse (Bøe og Thomassen, 2017) Det beskrives et kunnskapshierarki, der evidensbaserte metoder er plassert på toppen. Yrkesutøveres praksisbaserte erfaringskunnskap er mindre verdsatt, mens brukeres erfaringskunnskap er lavest rangert (Karlsson og Borg, 2013, Andersen, 2018).

Når evidensbasert kunnskap er rangert på topp, er det ikke kun knyttet til at denne kunnskapen er forskningsbasert, men også hvilke metoder kunnskapen er utviklet med. Det dreier seg om epistemologiske spørsmål, som handler om hva kunnskap er, hva vi kan ha kunnskap om og hvordan vi kan oppnå denne kunnskapen (Thomassen, 2006). Noen vitenskapelige metoder ansees på generell basis som mer pålitelige og gyldige enn andre, der gullstandarden er randomiserte kontrollerte studier innenfor et naturvitenskapelig paradigme (Halås, 2017)

Forskning er i stadig større grad bestemmende for praksis og forskningsresultater tillegges mer vekt enn tradisjonell og erfaringsbasert kunnskap (Halås m. fl., 2017). Dette har sammenheng med antakelsen om at det først og fremst er generell og abstrakt teoretisk kunnskap som styrer eller gir retningslinjer for handling, altså at teori kommer før praksis (Thomassen, 2006). Både psykologer og leger er profesjoner som er sterkt forankret i dette vestlige kunnskapsidealet.

Diskusjoner om profesjonalisme er knyttet opp mot dette kunnskapsidealet, evidensbasert praksis og synet på hva viktig og gyldig kunnskap er. Dette paradigmet er utilstrekkelig i forhold til å forstå sosialt arbeid. Det passer ikke inn i kunnskapsidealet, noe som kan bidra til at sosionomer opplever en underlegenhet, eller lav status knyttet til sin profesjon (Fossestøl, 2018).

Fossestøl (2018) skriver at sosialt arbeid fortsatt mangler status i forhold til å være en fullverdig profesjon. Profesjoner omtales gjerne som sterke og svake, og det er knyttet kriterier til hva som skal til for å kalle seg profesjon. Det at profesjonene forvalter vitenskapelig kunnskap er ansett for å være et viktig trekk som skiller dem fra andre praktiske yrker. Status og autonomi over oppgaver har bidratt til at det har vært ansett for attraktivt å bli anerkjent som profesjon. Selve konkurransen om profesjonsstatus, eller profesjonskamp, kan være med på å forklare rangeringen mellom profesjonene (Molander og Terum, 2008).

Troen på evidensbasert praksis og effektivitet i spesialisthelsetjenesten, kan bidra til at andre yrkesgrupper som ikke er like forankret i disse tradisjonene, nedvurderer egen kompetanse (Karlsson og Borg, 2013). Selv om det ikke har vært ment å erstatte erfaringsbasert kritisk skjønn, har det blitt en dominerende rettesnor for praktiske tiltak. Forskningsbasert kunnskap vurderes som objektivt og etterprøvbart, mens skjønn blir oppfattet som noe subjektivt, mistenkelig og vilkårlig (Halås m. fl. 2017). Selve opplevelsen av at ens egen kunnskap har en lavere verdi, eller at enkelte faggrupper føler seg dominert og nedvurdert av andre, kan føre til lav selvfølelse innad i gruppen. Dette kan fungere som en brems for utvikling på feltet, og at kunnskap hindres i å flyte fritt mellom de ulike perspektivene (Karlsson og Borg, 2013)

Det kontekstuelle og medisinske perspektivet innenfor psykisk helsearbeid blir gjerne omtalt som motsetninger. Ofte er det likevel sånn at de som jobber innenfor psykisk helsefeltet er påvirket av begge kunnskapssyn i sin praksis. En polarisering kan gjøre det vanskelig å komme i dialog og utveksle erfaringer og diskutere etiske dilemmaer, noe begge kunnskapssyn er preget av (Bertelsen og Ulland, 2010)

Kanskje er et ønske om mer anvendt forskning på profesjoner grunnet i en sterk tro på empirisk forskning og vitenskap. Systematisk fremskaffet kunnskap om den til dels usynlige praktiske kunnskapen, vil kreve andre metoder og tilnærminger enn den naturvitenskapelige for å få svar på forskningsspørsmål som er betydningsfulle å stille (Halås m. fl., 2017) Det handler om forskning der deltakernes subjektivitet ikke ansees som noe forstyrrende eller uheldig for å utvikle kunnskap, men heller noe som gjør oss i stand til å forstå hva som foregår (Karlsson og Borg, 2013). For å forstå den menneskelige kompleksiteten i dette, kunne det være nyttig med mer samvirke mellom human-, samfunns-, og naturvitenskap (Andersen, 2018).

I psykisk helsearbeid er det hverdagsspråket og dialogen om menneskers innenfra – kunnskap, som danner grunnlaget for arbeidet. Gjennom dialog trer vi inn i hverandres liv, og ved dette er dialog og etikk uløselig knyttet sammen (Bøe og Thomassen, 2017). Dette kan være opphav til tvetydighet. Når faglige resonnementer formuleres i dagligspråk, kan man tro at det handler om allmenmenneskelige selvfølgeligheter som man ikke trenger fagutdanning for å ta stilling til (Karlsson og Borg, 2013). Innenfor psykisk helsevern er det tradisjonelt behandlerne som har hatt makt gjennom ekspertspråk (Bøe og Thomassen, 2017). Innenfor en biomedisinsk kunnskapsmodell er kjernen å ha kunnskap om psykiske lidelser, hvordan de identifiseres og hvilke behandlingstiltak som motvirker dem. Den som vet det rette, gjør det rette. Det å sette riktig navn på lidelsen, er i en slik tenkemåte en forutsetning for å kunne gi riktig behandling (Bertelsen og Ulland, 2010).

I et sosialkonstruksjonistisk perspektiv er ikke erkjennelse og kunnskap noe som oppstår individuelt, men som konstrueres i selve den språklige relasjonen i sosiale fellesskap. Ved disse konstruksjonene etableres både vår selvforståelse og vår virkelighetsforståelse (Thomassen, 2006). I dette perspektivet kan sosionomenes opplevde lave status og mangel på anerkjennelse, forstås i et krysningpunkt mellom ekspertspråk på den ene siden og hverdagsspråk og taus kunnskap på den andre siden.

Sosialkonstruksjonistiske fremstillinger har gjerne økt bevissthet som mål. Ønsket er å belyse at det vi tar for gitt, ikke trenger å være sånn. Kunnskap, språk og makt henger sammen, og i et empowermentperspektiv er utfordringen å løfte fram den hjelpesøkendes kunnskap og erfaring om eget liv, på lik linje med fagpersonens. Profesjonelles makt blir pasientens avmakt, og det å gyldiggjøre pasientens egen kunnskap og erfaring uttrykt i pasientens eget språk, kan gi mer makt og kontroll i til den det gjelder. Overført til sosionomers erfaringer i spesialisthelsetjenesten kan man si at dersom det kontekstuelle perspektivet på psykisk helse, og praktisk kunnskap og erfaring, ble likestilt med det medisinske perspektivet som gyldig kunnskap, kunne dette komme pasienten til gode gjennom et mer utvidet og bredt blikk på det som er vanskelig. En meningsfull etisk dialog

der en betrakter kunnskap som dynamisk og i endring, kan være med på å bidra til økt respekt for ulike fagtradisjoner innenfor psykisk helsearbeid. (Bertelsen og Ulland, 2010).

Kapittel 8

Konklusjon

Jeg har gjennomført en kvalitativ undersøkelse av sosionomers erfaringer med arbeid i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Dette har jeg gjort ved semistrukturerte kvalitative intervjuer med åtte sosionomer som har erfaring fra dette feltet. Gjennom en tematisk analyse av de transkriberte intervjuene har jeg kommet fram til tre hovedtemaer, med undertemaer, som har blitt stående som hovedfunn.

Sosionomene har stor bredde i fokusområder. De kan utforme sine roller forskjellig i samme type stilling. De forteller at bestillinger om hjelp til pasienter fra andre faggrupper, ikke alltid er treffsikre i forhold til hva de tenker er sosionomens oppgaver. Videre forteller sosionomene at de selv opplever at deres rolle er utydelig og vanskelig å forklare og avgrense, både overfor pasienter og andre faggrupper. De har en svært viktig funksjon i forhold til å hjelpe pasienten i kontekst. De samarbeider med pårørende og holder nettverksmøter, oppretter kontakt med systemene utenfor spesialisthelsetjenesten, for eksempel kommune og nav, og sørger for samarbeidsmøter. I rollen som brobygger kommer sosionomenes brede kunnskapsbase til uttrykk i praksis. Sosionomene bringer inn et kontekstuellt perspektiv på psykisk helse, noe som er ønsket av brukerorganisasjoner og myndigheter. Likevel erfarer de lav status i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten er preget av spesialisert, evidensbasert kunnskap om utredning og behandling, uttrykt i et ekspertspråk. I møte med de sterke spesialistprofesjonene kan sosionomer, som har en bred og generalisert kunnskapsbase som består av både vitenskapelige teorier fra mange fagfelt og praktisk erfaringskunnskap, bli utydelige og oppleve lav status.

8.1 Videre anbefalinger

Sosionomer er ofte alene med sosialfaglig bakgrunn i avdelinger innenfor psykisk helsevern. Det er å anbefale at sosionomer finner faglige fellesskap på tvers av avdelinger, fordi faggrunnlaget kan tydeliggjøres ved refleksjon over praksis med sosialfaglige kolleger. Det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget kan tydeliggjøres gjennom å bringe forskningsbasert kunnskap sammen med refleksjon over praksis. Dette kan bidra til at sosionomer lettere kan artikulere og tydeliggjøre egen rolle, og løfte fram det kontekstuelle perspektivet i spesialisthelsetjenesten. Dette vil komme pasienter, sosionomer og andre faggrupper til gode, og bidra til at det kontekstuelle perspektivet får sin plass i spesialisthelsetjenesten, slik det er ønsket av brukerorganisasjoner og myndigheter.

Det er behov for mer forskning for å tydeliggjøre sosialt arbeids bidrag i psykisk helsevern. En tydeliggjøring betyr ikke entydiggjøring. Der kompleksitet og flertydighet er kjennetegn ved selve faget, kan dette likevel tydeliggjøres gjennom beskrivelser av hvordan sosionomers kunnskapsgrunnlag, i form av både vitenskapelige teorier og praksisbasert erfaringskunnskap, kommer til uttrykk i praksis. Forskning kan videre bidra til å utvikle nye begreper, som virker treffende for profesjonsutøverne. Begreper knyttet til sosialt arbeid, som sosionomene kan samles om, vil bidra til at de kan artikulere og tydeliggjøre eget kunnskapsgrunnlag overfor andre faggrupper. Dette vil kunne bidra til økt anerkjennelse for sosialt arbeid som fag, og reell tverrfaglighet i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern.

LITTERATUR

Andersen, Anders Johan W. 2018 *Psykisk helsearbeid – en gang til*. Gyldendal akademisk forlag AS.

Askheim, Ole Petter. 2003. *Empowerment as guidance for professional social work: an act of balancing on a slack rope*. European journal of social work, vol 6 , no 3. Carfax publishing.

Askheim, Ole Petter og Starrin, Bengt (red.) 2007. *Empowerment i teori og praksis*. Gyldendal akademisk forlag AS.

Bailey, Di og Liyanage Lakshika. *The role of the mental health social worker – political pawns in the reconfiguration of adult health and social care*. British journal of social work 42, 1113 – 1131, 2012.

Bakke, Toril. 2009 *Brukermedvirkning på tre ulike nivå*. Helsebiblioteket.no

Bertelsen, Bård og Ulland, Dagfinn. 2010. *Kunnskapssyn og etikk i psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, nr. 02, 2010.

Bland, Robert og Renouf, Noel. (2001). *Social work and the mental health team*. Australian psychiatry, vol 9, no 3. 2001.

Borge, Lisbet, Juritzen, Truls I., Hem, Marit Helene. (2018) *Hvem er dagens psykisk helsearbeider – tjue år etter Opptappingsplanen?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid 04/ 2018.

Braun, Victoria and Clarke, Victoria. (2006). University of Auckland og University of the West of England. *Using thematic analysis in psychology*. Edward Arnold (Publishers)LTD.

Bøe, Tore Dag og Thomassen, Arne. (2017). Oslo. *Psykisk helsearbeid – å skape rom for hverandre*. 3. utgave. Universitetsforlaget.

Cornell, Kathryn L. (2006) *Person – in – situation: History, Theory, and new directions for social work practice*. Praxis volume 6, 2006.

- Fjeldheim, Siri. Levin, Irene. Og Engebretsen, Eivind. (2015). Oslo. *The theoretical foundation of social case work*. Nordic Social Work Research. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Fossestøl, Bjørg. (2018) Oslo, Norway. *Ethics, knowledge and ambivalence in social workers professional self-understanding*. British Journal of Social Work 1-19, 2018
- Gould, Nick, Huxley, Peter og Tew, Jerry. (2007) *Finding a direction for social research in mental health – establishing priorities and developing capacity*. Journal of social work 7(2) s 179 – 196. Sage publications 2007.
- Halås, Cathrine Torbjørnsen. Kymre, Ingjerd Gåre og Steinsvik, Kari (red.) (2017). Oslo. *Humanistiske forskningstilnærminger til profesjonspraksis*. Gyldendal akademisk forlag AS.
- Hansen, Ragnhild og Solem, May – Britt (red.) (2017) *Sosialt arbeid – en situert praksis*. Gyldendal akademisk forlag AS.
- Hatling, Trond. (2011) *Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02/2011.
- Husøy, Gjertrud. (2015) *Brukerperspektiv i psykisk helsevern – retorisk eller reelt? Utvikling sett i et historisk lys*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 04/ 2015.
- Hutchinson, Gunn Strand og Oltedal, Siv. (2017). Oslo. *Praksisteorier i sosialt arbeid*. Universitetsforlaget.
- Johannessen, Lars E.F. Rafoss, Tore Witsø og Rasmussen, Erik Børve. (2018) *Hvordan bruke teori – nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Karlsson, Bengt og Borg, Marit. (2013) *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal akademisk forlag AS.
- Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk forlag AS, 3. utgave, 2015.
- Langeland, Eva (2014) *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport nr. 1 2014.
- Molander, Anders og Terum, Lars Inge. (2008). Oslo. *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget.
- Morriss, Lisa. (2017) *Being seconded to a mental health trust: The (in)visibility of mental health social work*. British journal of social work, 47, 1344 – 1360.
- Nilssen, Vivi. (2014) *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget. 2 opplag,
- O'Brien, Ann – Marie og Calderwood, A. Kimberley. (2010) *Living in the shadows: A Canadian experience of mental health social work*. Social work in mental health, 8:4, 319 – 335.

- Riessman, Catherine Kohler. (2008) *Narrative methods for the human sciences*. Sage publications,
- Rushton, Alan og Beaumont, Kay. (2002) England. *Social work in healthcare settings: Turning full circle?* Clinical child psychology and psychiatry, SAGE publications
- Ryan, Gery w., Bernard, H. Russell. (2003) *Techniques to identify themes. Field methods*, vol. 15 no 1 february. Sage Publications.
- Schumacher, Aud og Christiansen, Bjørg. (2013) *Hvilken legitimitet har det psykososiale perspektivet i lokalbasert psykisk helsearbeid?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid 03/2013.
- Stige, Brynjulf, Malterud, Kirsti og Midtgarden, Torjus (2009). *Toward an agenda for evaluation of qualitative research*. Sage.
- Sverdrup, Anne Lise (2007). *Sosialt arbeid og psykisk helsearbeid med voksne – et tilbakeblikk*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 4/ 2007
- Topor, Alain (2014). Om pengar och psykisk helse – ensamhetens sociala grund. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 01/ 2014.
- Tveiten, Sidsel og Borge, Knut (red.) (2014) *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk – nye perspektiver*. Gyldendal norsk forlag AS.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD

Wenche Bekken

Postboks 4 St. Olavs plass

0130 OSLO



Vår dato: 05.06.2018

Vår ref: 60837 / 3 / LAR

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.05.2018.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>60837</i>	<i>Sosionomers erfaringer med arbeid i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>helsevern</i>
<i>g</i>	<i>OsloMet - Storbyuniversitetet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Wenche Bekken</i>
<i>Student</i>	<i>Ellen Helseth</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet

vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- OsloMet - Storbyuniversitetet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at OsloMet - Storbyuniversitetet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.11.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / Lasse.Raa@nsd.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt:

Sosionomers erfaringer med arbeid i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern

Bakgrunn og formål:

Jeg er sosionom og skal skrive en masteroppgave i psykisk helsearbeid. Ved hjelp av kvalitativt intervju ønsker jeg å spørre sosionomer om deres erfaringer med arbeid i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Fokus vil være rettet mot hvilke perspektiver sosionomen bringer inn i spesialisthelsetjenesten, og hvilken betydning dette har. Det vil være spørsmål om den enkeltes egne erfaringer med å jobbe i spesialisthelsetjenesten.

Jeg er student ved Oslo Met og min veileder, som vil ha innsyn i lydopptak og transkripsjoner av intervjuer, er førsteamanuensis Wenche Bekken, institutt for sosialfag. Dersom jeg får veiledning av andre underveis, vil jeg informere om dette på forhånd. Jeg ønsker å spørre deg om å delta på et intervju fordi du har erfaring med det som er tema for undersøkelsen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg ønsker å avtale et tidspunkt for intervju, som vil vare ca 1 – 1 1/2 time. Ved behov, vil jeg gjerne kunne kontakte deg i ettertid for eventuelle oppklaringer.

Det vil bli tatt lydopptak av samtalen, som senere transkriberes. Du kan få innsyn i materiale basert på ditt intervju når du måtte ønske.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun undertegnede og veileder vil ha tilgang på opplysningene. Lydopptak og transkripsjoner vil bli oppbevart innelåst på min arbeidsplass, som er Akershus Universitetssykehus. Det vil ikke være nødvendig at navn blir nevnt i lydopptak eller transkripsjoner, men arbeidssted og eksempler fra praksis kan identifisere intervjupersoner.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15 november 2018. Alt av lydopptak og transkripsjoner vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ellen C. Helseth pr mail: ellhel@ahus.no, telefon: 92811193, eller veileder Wenche Bekken, Oslo Met, pr mail: wenche.bekken@oslomet.no telefon: 67236313.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Intervjuguide Problemstilling

Hvordan erfarer sosionomer å jobbe i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern?

Forskningsspørsmål

Hvilke perspektiver bringer du som sosionom inn i spesialisthelsetjenesten? Hvilken betydning har dette?

Hva opplever du som dine viktigste oppgaver?

Har du eksempler på situasjoner der du mener at hjelp fra sosionom har vært avgjørende for pasientens bedring?

Hvilken betydning kan sosiale forhold ha for bedring eller eventuelt opprettholdelse/forverring av psykiske helseproblemer, etter din erfaring?

Hvordan opplever du din status i spesialisthelsetjenesten, blant psykologer, leger, pasienter? Eventuelt samarbeidspartnere?

Hva er viktig for deg som sosionom i din arbeidshverdag, hva kunne du ønske å bli spurt om når det gjelder dine erfaringer med å jobbe i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern?